VIENNA LIFE
VIENNA INSURANCE GROUP

POLISA DLA CIEBIE

VL/BRP-0222/Komplet Polisa dla Ciebie/vs.1/2026

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych 2

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

POLISA DLA CIEBIE OWU BRP-0222.....4

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku OWDU BRP-1518 5

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku OWDU BRP-1618 6

Informacje dotyczące ogólnych warunków ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE BRP-0222 8

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE BRP-0222.....9

Postanowienia wstępne..... 9

§ 1. Definicje..... 9

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 9

§ 3. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia 9

§ 4. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia..... 9

§ 5. Okres ubezpieczenia..... 9

§ 6. Wskazanie Beneficjenta 9

§ 7. Polisa ubezpieczeniowa 9

§ 8. Początek i koniec odpowiedzialności 9

§ 9. Suma ubezpieczenia 9

§ 10. Składka ubezpieczeniowa 9

§ 11. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia 10

§ 12. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia..... 10

§ 13. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia..... 10

§ 14. Dodatkowe postanowienia umowne..... 10

§ 15. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności..... 10

§ 16. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 10

§ 17. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia..... 10

§ 18. Reklamacje i skargi 10

§ 19. Postanowienia końcowe..... 11

Informacje dotyczące ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1518.....12

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1518.....13

Postanowienia wstępne..... 13

§ 1. Definicje..... 13

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 13

§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej..... 13

§ 4. Zasady zawarcia i przystąpienia do umowy dodatkowej..... 13

§ 5. 13

§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej 13

§ 7. Odstąpienie od umowy dodatkowej..... 13

§ 8. Wypowiedzenie umowy dodatkowej..... 13

§ 9. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 13

§ 10. Początek i koniec odpowiedzialności 13

§ 11. Wyłączenia odpowiedzialności 14

§ 12. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 14

§ 13. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia..... 14

§ 14. Postanowienia końcowe..... 14

Informacje dotyczące ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1618.....15

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1618.....16

Postanowienia wstępne..... 16

§ 1. Definicje..... 16

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 16

§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej..... 16

§ 4. Zasady zawarcia i przystąpienia do umowy dodatkowej..... 16

§ 5..... 16

§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej 16

§ 7. Odstąpienie od umowy dodatkowej..... 16

§ 8. Wypowiedzenie umowy dodatkowej..... 16

§ 9. Suma ubezpieczenia 16

§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 16

§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności..... 16

§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności 16

§ 13. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 17

§ 14. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia..... 17

§ 15. Postanowienia końcowe..... 17

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych

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

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail kontakt@viennalife.pl, telefonicznie pod numerem 22 460 22 22 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 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 iodo@viennalife.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162A, 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. Prawnie uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

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

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

VL/ADO/vs.1/2024

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

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.
W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.
Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.
Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną 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. 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 na życie Polisa dla Ciebie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: **Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)**
Produkt: **Polisa dla Ciebie OWU BRP-0222**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Polisa dla Ciebie zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony – na całe życie.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia - życie Ubezpieczonego.

Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty osobie uprawnionej, w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, świadczenia w wysokości:

- 100% sumy ubezpieczenia, albo
- równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi w okresie 24 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- 200% sumy ubezpieczenia, jeżeli przyczyną zgonu Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 OWU.

Informacje o sumie ubezpieczenia wskazane są w § 9 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił w wyniku:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub
- samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia lub
- samookaleczenia.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy odpowiedzialności Towarzystwa z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 1 OWU oraz w § 15 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną składkę ubezpieczeniową,
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego.

Ubezpieczający ma prawo:

- rozszerzyć zakres ochrony o umowy dodatkowe:
  1) dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1518),
  2) dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1618),
- zawnioskować o podwyższenie sumy ubezpieczenia o kwotę nie przekraczającą 10% wartości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień złożenia wniosku,
- odstąpić od umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia,
- zawnioskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych,
- złożyć reklamację albo skargę (w przypadku podmiotów którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji),
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia,
- złożyć reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia taryfą składek, w zależności od: wysokości sumy ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.

Wysokość składki ubezpieczeniowej potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 1%.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

VL/BRP-0222/ karta produktu/vs. 1/2024

odstąpienia od umowy ubezpieczenia,

1) w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
2) w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
3) zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 17 ust. 4 OWU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 16 oraz w § 17 OWU.

Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

1) prawo do wniesienia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej,
2) reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
3) reklamacja może być złożona: na piśmie (osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy); ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22); ustnie (osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów - tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna); w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@viennalife.pl (tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna).

Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrywania?

1) prawo złożenia skargi przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji,
2) do skargi zastosowanie znajdują postanowienia § 18 OWU,
3) odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo do:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia,
- pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym miesiącu obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy).

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWDU BRP-1518

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa ustawowa 5.
Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – POLISA DLA CIEBIE.
Umowę dodatkową zawiera się na czas nieokreślony.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

Zdrowie Ubezpieczonego – Towarzystwo wypłaca świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości 1.000 PLN, 1.500 PLN lub 2.000 PLN w przypadku orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
Świadczenie w postaci renty miesięcznej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy począwszy od miesiąca, następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie Towarzystwa o zajściu zdarzenia lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.
Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:

- budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
- na wysokości ponad 5 metrów,
- wymagających dysponowania bronią,
- wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
- związanymi z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
- w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
- na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
- połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów
- pod wodą,
- związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
- związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.

Odpowiedzialność Towarzystwa wyłączona jest w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego,
- udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach,

- skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej,
- samookaleczenia,
- usiłowania popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy dodatkowej.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 3 OWDU oraz w § 11 OWDU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, tj. z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej taryfą składek, w zależności od wysokości świadczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.
Wysokości składki i świadczenia potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej,
- odstąpienia od umowy dodatkowej lub w dniu, w którym wypowiedzenie umowy dodatkowej stało się skuteczne,
- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
- w dniu orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Ubezpieczony powinien złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 13 ust. 2 OWDU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 12 oraz w § 13 OWDU.

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej,
- wypowiedzenia umowy dodatkowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWDU BRP-1618

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Towarzystwa z dnia 23 września 2024 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa ustawowa 5.
Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – POLISA DLA CIEBIE.
Umowę dodatkową zawiera się na czas nieokreślony.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

Życie Ubezpieczonego – Towarzystwo wypłaca świadczenie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU.
Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy dodatkowej.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:

- budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
- na wysokości ponad 5 metrów,
- wymagających dysponowania bronią,
- wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
- związanymi z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
- w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
- na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
- połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
- pod wodą,
- związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
- związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.

Odpowiedzialność Towarzystwa wyłączona jest w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,

- działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego,
- udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach,
- skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej,
- samookaleczenia,
- popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy dodatkowej.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 2 OWDU oraz w § 12 OWDU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, tj. z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej taryfą składek, w zależności od wysokości świadczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.
Wysokości składki i świadczenia potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej,
- odstąpienia od umowy dodatkowej lub w dniu, w którym wypowiedzenie umowy dodatkowej stało się skuteczne,
- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
- zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 14 ust. 2 OWDU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 13 oraz w § 14 OWDU.

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej,
- wypowiedzenia umowy dodatkowej,

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
POLISA DLA CIEBIE
BRP-0222

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §9, §11, §12, §17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2, §15, §19 ust. 6-7

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE POLISA DLA CIEBIE
BRP-0222

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE o symbolu BRP-0222 (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (dalej umowa ubezpieczenia) zawieranych pomiędzy Vienna Life Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwaną dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

DEFINICJE
§ 1.

Ilekroć w niniejszych OWU użyto określenia:

1. **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
2. **miesiąc polisowy** – rozumie się przez to okres, którego początek przypada pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych. Koniec miesiąca polisowego stanowi dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego,
3. **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),
4. **okres polisowy** – dla umów ubezpieczenia opłacanych kwartalnie, półrocznie lub rocznie rozumie się przez to odpowiednio trzy, sześć lub dwanaście miesięcy polisowych. Dla umów ubezpieczenia opłacanych miesięcznie okresem polisowym jest miesiąc polisowy, natomiast dla umów ubezpieczenia opłacanych jednorazowo okres polisowy stanowi cały okres ubezpieczenia,
5. **rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia,
6. **rok polisowy** – rozumie się przez to okres przypadający pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy, przy czym początek roku polisowego przypada pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych latach kalendarzowych, a koniec roku polisowego przypada w dniu poprzedzającym kolejną rocznicę polisy,
7. **suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to zaproponowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzoną w polisie kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo,
8. **Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania należnej składki ubezpieczeniowej,
9. **Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową; w rozumieniu niniejszych OWU Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia. Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty osobie uprawnionej w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia świadczenia w wysokości:
   1) równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie 24 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
   2) 100% sumy ubezpieczenia, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po okresie 24 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
   3) 200% sumy ubezpieczenia, jeżeli przyczyną zgonu Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek.

UMOWA UBEZPIECZENIA
wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia
§ 3.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Jeden Ubezpieczony może jednocześnie być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko z tytułu jednej umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku.
5. 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.

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia
§ 4.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

1) Ubezpieczony nie ukończył 68 roku życia,
2) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia nie został odrzucony,
3) Ubezpieczający opłacił pierwszą należną składkę w pełnej wysokości.

okres ubezpieczenia
§ 5.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

wskazanie Beneficjenta
§ 6.

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Beneficjenta we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. 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 udziały są równe.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.

polisa ubezpieczeniowa
§ 7.

1. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 8.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie jako pierwszy dzień odpowiedzialności, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 5 pkt 1) OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA
§ 9.

1. Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. W każdym roku polisowym Ubezpieczający może wystąpić do Towarzystwa z wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia o kwotę nie przekraczającą 10% wartości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień złożenia wniosku.
3. Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje w pierwszą rocznicę polisy następującą po dacie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 i 3, nowa wysokość składki wyliczana jest na podstawie kryteriów, określonych w § 10 ust. 1 OWU.
5. Towarzystwo potwierdza podwyższenie sumy ubezpieczenia aneksem do umowy ubezpieczenia

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA
§ 10.

1. Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia taryfą składek, w zależności od:
   1) wysokości sumy ubezpieczenia,
   2) wieku Ubezpieczonego,
   3) częstotliwości opłacania składek.
2. Wysokość składki potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 1%.
4. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa częstotliwość opłacania składki. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana:
   1) miesięcznie,
   2) kwartalnie,
   3) półrocznie,
   4) rocznie,
   5) jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry w terminie:
   1) do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
   2) do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
6. Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
7. 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.
8. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 7, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem

natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 5.

9. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego zaległej składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA
odstąpienie od umowy ubezpieczenia
§ 11.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

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.

6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia
§ 12.

1. Ubezpieczający może pisemnie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym miesiącu obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

2. Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, 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 umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

§ 13.

1. Umowa ubezpieczenia wygasa w dniu:
1) odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
2) w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
3) o którym mowa w § 10 ust. 8 OWU,
4) zgonu Ubezpieczonego.

DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE
§ 14.

Towarzystwo nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 15.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku, gdy wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, było wynikiem:
1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, lub
2) samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, lub
3) samookaleczenia.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ
§ 16.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent.

2. Wskazanie Beneficjenta staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczynił się on do śmierci Ubezpieczonego.

3. 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 lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA
§ 17.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa poniżej, 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, Towarzystwo podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia oraz zasadności zgłoszonego roszczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Dokumentami, o których mowa w ust. 3, są:
1) odpis skrócony aktu zgonu,
2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

5. 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. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.

6. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

8. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 6, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia.

9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.

10. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.

11. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z osobą uprawnioną sposób.

12. 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.

13. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE I SKARGI
§ 18.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia będącemu osobą fizyczną, jak również poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.

3. Reklamacja może być złożona:
1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo wysłana na adres doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 460 22 22,
3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,
4) w postaci elektronicznej na adres e–mail reklamacje@viennalife.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.

4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

5. Odpowiedzi na reklamacje są udzielane w postaci papierowej lub:
1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, uprawnionych z umowy ubezpieczenia oraz spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej będącego osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej – na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.

6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, , przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację; niewykonania czynności wynikających z reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

7. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl).

8. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 roku w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennalife.pl

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. 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.
5. W przypadku zawarcia umowy o przelew praw z umowy ubezpieczenia, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia może być przedmiotem cesji.
6. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
7. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie lub udziały w zyskach.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
9. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
10. 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 niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
11. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
12. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej www.viennalife.pl.
13. Niniejsze OWU wchodzą w życie z dniem 1 października 2024 r.
14. Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działającą pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
BRP-1518

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2, 3, §10 ust. 2 pkt 1), §11

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI **DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**
BRP-1518

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

1. Umowa Dodatkowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1518 (zwanych dalej OWDU), stanowi integralną część umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (zwanej dalej Umową Podstawową) i stanowi rozszerzenie zakresu ochrony z jej tytułu.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE
§ 1.

Ilekroć w niniejszych OWDU użyto określenia:

1) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU 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);
2) **trwała całkowita niezdolność do pracy** – rozumie się przez to powstałą w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej całkowitą utratę zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy, uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje trwałą całkowitą niezdolność do pracy, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się. Towarzystwo uznaje również, że wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy w przypadku, gdy:
   a) na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, lekarz wydający opinię medyczną dla Towarzystwa, uzna, że Ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji rozumianej jako takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych na okres dłuższy niż 5 lat,

   albo

   b) w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej sumuje się;
3) **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, łyżworolkach 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;
4) **nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
5) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w celach zarobkowych.

Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
§ 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenia w postaci renty miesięcznej w wysokości 1.000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych), 1.500 PLN (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) lub 2.000 PLN (słownie: dwa tysiące złotych), płatnej zgodnie z postanowieniami ust. 2 poniżej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy począwszy od miesiąca, następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie Towarzystwa o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tejże Umowy Dodatkowej.

UMOWA DODATKOWA
warunki zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej.

§ 5.

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej
§ 6.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas nieokreślony, z dniem potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ
§ 7.

1. Ubezpieczający posiada prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
2. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie skutkuje odstąpieniem od Umowy Podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ
§ 8.

1. Ubezpieczający posiada prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI
§ 9.

1. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej taryfą składek, w zależności od:
   1) wysokości świadczenia,
   2) wieku Ubezpieczonego,
   3) częstotliwości opłacania składek.
2. Wysokości składki i świadczenia podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki z tytułu Umowy Podstawowej.
4. W przypadku nieopłacenia w terminie składki należnej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty.
5. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Umowę Dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, wynikający z postanowień ust. 3 powyżej.
6. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 10.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie lub w aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia okresu polisowego Umowy Podstawowej, za który składka należna z tytułu Umowy Podstawowej została opłacona łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
   1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
   2) w dniu, w którym odstąpienie od Umowy Dodatkowej lub jej wypowiedzenie stało się skuteczne,
   3) w dniu, o którym mowa w § 9 ust. 5 OWDU,
   4) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) i 2) powyżej Towarzystwo zobowiązane jest do zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 11.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:
   1) budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
   2) na wysokości ponad 5 metrów,
   3) wymagających dysponowania bronią,
   4) wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
   5) związanych z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
   6) w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
   7) na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
   8) połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
   9) pod wodą,
   10) związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
   11) związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania Umowy Dodatkowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:
   1) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym lub innym pojazdem:
      a) w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub środków odurzających,
      b) bez wymaganych i ważnych uprawnień do kierowania tym pojazdem,
      c) niezarejestrowanym, nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub aktualnych badań technicznych pojazdu lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania badań technicznych),

      o ile czynniki wskazane w pkt b) i c) powyżej miały wpływ na powstanie zdarzenia,
   2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
   3) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, lub w związku z nadużyciem leków,
   4) uprawiania następujących sportów: lotniczych, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii, skoków do wody, sportów ekstremalnych oraz wszelkich dyscyplin sportu uprawianych zawodowo (zawodowe uprawianie sportu).

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ
§ 12.

1. Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA
§ 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, Ubezpieczony powinien dołączyć:
   1) wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
   2) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania trwałej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
   3) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji przed upływem tego okresu, o ile zostało wydane,
   4) dokument potwierdzający, że trwała całkowita niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem:
      a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,
      b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu 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.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 14.

1. Niniejsze OWDU wchodzą w życie z dniem 1 października 2024 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działającą pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1618

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§11 ust. 2 pkt 1), §12

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1618

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

1. Umowa Dodatkowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1618 (zwanych dalej OWDU), stanowi integralną część umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (zwanej dalej Umową Podstawową) i stanowi rozszerzenie zakresu ochrony z jej tytułu.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE
§ 1.

Ilekroć w niniejszych OWDU użyto określenia:

1) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych OWDU 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);
2) **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, whitewater, 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, łyżworolkach 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;
3) **nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
4) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w celach zarobkowych.

Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
§ 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

UMOWA DODATKOWA
warunki zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej
§ 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej.

§ 5.

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej
§ 6.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas nieokreślony, z dniem potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ
§ 7.

1. Ubezpieczający posiada prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
2. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie skutkuje odstąpieniem od Umowy Podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ
§ 8.

1. Ubezpieczający posiada prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
2. Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

SUMA UBEZPIECZENIA
§ 9.

1. Sumę ubezpieczenia ustalają strony przy zawieraniu Umowy Dodatkowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI
§ 10.

1. Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej taryfą składek, w zależności od:
   1) wysokości świadczenia,
   2) wieku Ubezpieczonego,
   3) częstotliwości opłacania składek.
2. Wysokości składki i świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki należnej z tytułu Umowy Podstawowej.
4. W przypadku nieopłacenia w terminie składki należnej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w tym terminie.
5. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Umowę Dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, wynikający z postanowień ust. 3 powyżej.
6. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 11.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie lub w aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia okresu polisowego Umowy Podstawowej, za który składka została opłacona łącznie ze składką z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
   1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
   2) w dniu, w którym odstąpienie od Umowy Dodatkowej lub jej wypowiedzenie stało się skuteczne,
   3) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 5 OWDU,
   4) w dniu zgonu Ubezpieczonego.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) i 2) powyżej, Towarzystwo zobowiązane jest do zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 12.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:
   1) budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
   2) na wysokości ponad 5 metrów,
   3) wymagających dysponowania bronią,
   4) wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
   5) związanych z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
   6) w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
   7) na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
   8) połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
   9) pod wodą,
   10) związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
   11) związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, samookaleczenia, popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania Umowy Dodatkowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:
   1) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym lub innym pojazdem:
      a) w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
      b) bez wymaganych i ważnych uprawnień do kierowania tym pojazdem,
      c) niezarejestrowanym, nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub aktualnych badań technicznych pojazdu lub innych dokumentów warunkujących

dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania badań technicznych),

o ile czynniki wskazane w pkt b) i c) powyżej miały wpływ na powstanie zdarzenia,

2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
3) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, lub w związku z nadużyciem leków,
4) uprawiania następujących sportów: lotniczych, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii, skoków do wody, sportów ekstremalnych oraz wszelkich dyscyplin sportu uprawianych zawodowo (zawodowe uprawianie sportu).

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ
§ 13.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA
§ 14.

1. W przypadku świadczeń należnych z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.

2. Dokumentami potrzebnymi do ustalenia świadczenia, oprócz dokumentów, o których mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia, stanowiących treść danej Umowy Podstawowej, są:
1) odpis skrócony aktu zgonu,
2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 15.

1. Niniejsze OWDU wchodzą w życie z dniem 1 października 2024 r.

2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 17/09/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (od 1.10.2024 r. działającą pod firmą Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group) z dnia 23 września 2024 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2024 r. lub w terminie późniejszym.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 311 843 763 zł – opłacony w całości
Tel: 22 460 22 22

15.12.2025