



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje COMPENSE do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<p>Ogólne Warunki Ubezpieczenia Compensa Zdrowie (wszystkie produkty i warianty) § 2 pkt 1, 5, 6, 8, 12, 14 OWU; § 3 OWU; § 11 ust. 1 i 2 OWU; § 11 ust. 4, 5, 6 OWU; § 11 ust. 9 pkt 2 OWU (dodany aneksem nr 2 do OWU); § 13 ust. 1, 2, 4 OWU § 14 OWU (w brzmieniu określonym aneksem nr 2 do OWU) § 17 ust. 2 OWU (w brzmieniu określonym aneksem nr 2 do OWU)</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego (warianty BASIC, BASIC PLUS, BASIC COMPLEX, PLUS, COMPLEX, MEDPLUS, MEDCOMPLEX) § 2 pkt 1, 2, 3, 4 SWU; § 3 ust. 2, 4, 5, 6 SWU § 4 SWU; § 5 ust. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9 SWU; § 6 SWU Załącznik nr 1 do SWU w całości</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją § 2 pkt 1, 2, 3, 5, 6 SWU; § 3 ust. 1, 4, 8 SWU; § 4 SWU, § 5 SWU, § 6 ust. 1, 2, 4, 5 SWU Załącznik nr 1 do SWU w całości</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zasiłku Szpitalnego § 2 ust. 1 pkt. 1, 2, 3; § 3 ust. 1, 3, 4, 5, § 6 ust.1</p> <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego § 2 ust. pkt. 1, 2, 3; § 3 ust. 2, 3, 4, 5, 6; § 6 ust.1 Załącznik nr 1 do SWU w całości</p>



Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności COMPENSY uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Compensa Zdrowie (wszystkie produkty i warianty)

§ 2 pkt 2, 3, 10, 13 OWU

§ 4 OWU

§ 8 OWU

§ 11 ust. 3, 7, 8 OWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego (warianty BASIC, BASIC PLUS, BASIC COMPLEX, PLUS, COMPLEX, MEDPLUS, MEDCOMPLEX)

§ 2 pkt 5 SWU

§ 2 ust. 3, 6 SWU

§ 5 ust. 6, 10 SWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Leczenia Ambulatoryjnego z Refundacją

§ 2 pkt 4 SWU

§ 3 ust. 2 SWU, § 3 ust. 9 SWU (dodany aneksem nr 1 do SWU)

§ 6 ust. 3, 6 SWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zasiłku Szpitalnego

§ 2 ust. 1 pkt. 2, § 3 ust. 6, § 4, § 5, § 6

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego

§ 2 ust. 1 pkt. 4; § 3 ust. 7-9; § 4; § 5; § 6 ust. 3



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie (owu) – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej COMPENSA, zawiera umowy ubezpieczenia z podmiotami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.

§ 2. DEFINICJE

W umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków wymienionym niżej terminom nadano następujące znaczenie (definicje w porządku alfabetycznym):

1) CHOROBA – anormalny, wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan fizyczny lub psychiczny organizmu.

2) CIĄŻA WYSOKIEGO RYZYKA – ciąża, która z powodu występowania czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo powikłań ciąży lub porodu, charakteryzuje się znacznym zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu.

3) KARENCAJA – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności COMPENSY. Karencja liczona jest od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy następstw nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

4) KARTA UBEZPIECZENIA – dokument określający zakres ubezpieczenia i uprawniający Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w owu i odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia. Karta Ubezpieczenia ważna jest tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna). W przypadku dzieci nieposiadających dokumentu określającego tożsamość, Karta Ubezpieczenia ważna jest wraz z dokumentem tożsamości rodzica lub innego opiekuna prawnego.

5) KLIENT – będący osobą fizyczną (w tym osoba fizyczna wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia;

6) LECZENIE – działanie medyczne, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia.

7) NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wystąpienia Chorób, nawet jeśli wystąpiły nagle.

8) OKRES UBEZPIECZENIA – okres, w którym COMPENSA ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego.

9) POBYT W SZPITALU – odnotowany w dokumentacji medycznej, konieczny z medycznego punktu widzenia, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający nieprzerwanie min. 24 godziny, którego celem jest leczenie Ubezpieczonego, lub który związany jest z porodem.

10) POLISA – dokument wystawiony przez COMPENSĘ, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.

11) POZOSTAWIANIE POD WPŁYWEM ALKOHOLU – stan po spożyciu alkoholu, powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

12) REKLAMACJA – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

13) ROK UBEZPIECZENIOWY – trwający 12 miesięcy okres i pokrywający się z rokiem kalendarzowym. Pierwszy rok ubezpieczeniowy może trwać krócej niż 12 miesięcy i kończy się z końcem roku kalendarzowego, na który przypada pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia ustalony zgodnie z § 7 ust.2 owu.

14) ROZSTRÓJ ZDROWIA – zaburzenie funkcji organizmu, które zakłóca jego normalne funkcjonowanie.

15) SPORTY EKSTREMALNE – sporty, których uprawianie wiąże się z większym ryzykiem niż w innych dyscyplinach, wymagające działania w warunkach zwiększonego ryzyka i ponadprzeciętnych zdolności fizycznych i psychicznych:

a) wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, wszelkie odmiany Le Parkour, canyoning, trekking na wysokości pow. 2.500 m.n.p.m.,

b) kajakerstwo górskie, rafting, hydrospeed, kitesurfing oraz windsurfing, przy wietrze o prędkości powyżej 50 km/h,

c) wszelkie odmiany nurkowania na głębokość poniżej 15 m oraz freediving,

d) żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu,

e) skoki narciarskie, skialpinizm oraz wszelkie zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami w tym też zjazdy wyczynowe,

f) wszelkie odmiany skoków bungee, skoków ze spadochronem,

g) paralotniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców,

h) jazda na rowerach, motocyklach oraz quadach po specjalnie przygotowanych trasach bądź w terenie naturalnym obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny, skocznie itp.),

i) udział i przygotowanie do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych,

j) sztuki walki oraz wszelkiego rodzaju sporty obronne,

k) wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi tj. obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 3.000 m.n.p.m., strefa podbiegunowa, Alaska, Syberia, Kamczatka, terytorium północne Kanady, obszary pustynne w odległości pow. 20 km od najbliższych miast, osad, dróg,

l) zorbing.

16) SZPITAL – podmiot leczniczy (przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego), w rozumieniu przepisów prawa polskiego, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, w tym wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zapewniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta codzienną dokumentację medyczną, dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych owu za szpital nie uważa się:

a) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: psychiatrycznej, sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

b) domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych, ośrodków opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjnoopiekuńczych,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,



17) TOWARZYSTWO – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group;

18) UBEZPIECZAJĄCY – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

19) UBEZPIECZONY – osoba fizyczna, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia, a która w pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, będąca obywatelem polskim lub posiadająca kartę pobytu w Polsce ważną przez co najmniej 12 miesięcy licząc od początku Okresu ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia na rzecz osób w wieku do 20 lat, możliwe jest tylko w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest także na rzecz przynajmniej jednego z rodziców lub opiekunów prawnych takiej osoby w zakresie nie węższym niż dla osoby w wieku do 20 lat.

20) WIEK – różnica między rokiem, w którym przypada pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty koniecznych z medycznego punktu widzenia świadczeń zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności COMPENSY w związku z leczeniem chorób i następstw Nieszczęśliwych wypadków, w związku z ciążą lub porodem oraz świadczenia objęte umową ubezpieczenia i wskazane w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia.

2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia określają odpowiednie szczególne warunki ubezpieczenia, które stanowią integralną część niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że szczególne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej.

§ 4. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY nie obejmuje:

- 1) diagnozowania i leczenia niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci,
- 2) leczenia stomatologicznego, protetycznego, ortodontycznego, chirurgii szczękowej,
- 3) leczenia, zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- 4) zabiegów i kuracji odwykowych oraz leczenia odwykowego,
- 5) chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych,
- 6) kosztów leków oraz środków pomocniczych,
- 7) następstw związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleczeniem, świadomym spowodowaniem rozstroju zdrowia, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa,
- 8) następstw wojny, inwazji, wrogich działań obcego państwa, działania o charakterze wojennym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy nie) wojny domowej, rebelii, rewolucji lub zamachu stanu,
- 9) następstw czynnego udziału Ubezpieczonego w powstaniu, rozruchach, strajkach, lokautach, aktach sabotażu, zamieszkach wewnętrznych,
- 10) następstw aktów terroru rozumianych jako wszelkiego rodzaju działania z użyciem siły, przemocy lub groźby użycia przemocy przez osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji, bądź rządu w celach politycznych, ekonomicznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych włączając zamiar wywarcia wpływu na rząd bądź zastraszenie społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części,
- 11) następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,

12) następstw Pozostawania pod wpływem alkoholu,

13) następstw pozostawania pod wpływem lub zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005; nr 179, poz. 1485 z póź. zm.), innego środka działającego na ośrodkowy układ nerwowy, jeśli nie został zalecony przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia,

14) stosowania naukowo nie uznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do stosowania w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych oraz następstw tychże działań,

15) następstw pełnienia służby wojskowej,

16) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji,

17) zabiegów aborcji,

18) leczenia choroby Alzheimera,

19) leczenia zakażenia HIV, AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,

20) ciąży wysokiego ryzyka,

21) następstw uprawiania Sportów ekstremalnych,

22) świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacji zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetka reanimacyjna, karetka wypadkowa).

2. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu przez jego współmałżonka, rodzeństwo, dziecko lub rodzica, zwrotowi podlegają jedynie udokumentowane koszty zużytych materiałów.

3. Jeżeli udzielone świadczenia zdrowotne wykraczają poza zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, COMPENSA odpowiednio obniży kwotę wypłacanego odszkodowania.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej w wykonaniu umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie tabeli składek ubezpieczeniowych zawartej w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i zależy od:

- 1) wieku Ubezpieczonego,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) częstotliwości opłacania składki,
 - 4) indywidualnej oceny ryzyka dokonywanej na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, w szczególności w ankiecie medycznej.
2. Jeżeli w danym Roku ubezpieczeniowym Ubezpieczony osiągnie Wiek odpowiedni dla innej grupy wiekowej, składka ubezpieczeniowa zmienia się od początku następnego Roku ubezpieczeniowego stosownie do grupy wiekowej, zgodnie z tabelą składek ubezpieczeniowych w szczególnych warunkach ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana jednorazowo lub w ratach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
4. W przypadku, gdy miesięczna rata składki ubezpieczeniowej jest niższa niż 20 zł, składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo.
5. W przypadku rat miesięcznych składka ubezpieczeniowa powinna być opłacana poprzez polecenie zapłaty.
6. Składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata opłacana jest przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są z góry do dwudziestego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który są należne, w zależności od częstotliwości opłaty rat.
7. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej lub jej raty dokonywana jest



w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, składkę ubezpieczeniową lub jej ratę uznaje się za zapłaconą z chwilą wpływu na rachunek COMPENSY w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

8. Termin płatności, wysokość oraz częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej lub jej raty potwierdzone są w Polisie.

9. Składki ubezpieczeniowe ustalane są przez COMPENSĘ w wysokości zapewniającej środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej COMPENSY (w szczególności wynikających z przepisów prawa opłat przeznaczonych na koszty utrzymania nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową oraz innych instytucji rynku ubezpieczeniowego, wynikających z przepisów prawa opłat ewidencyjnych na pokrycie kosztów tworzenia i utrzymania rejestrów danych, kosztów reasekuracji).

10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę składki przysługuje COMPENSIE wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego Roku ubezpieczeniowego.

2. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok ubezpieczeniowy jeżeli w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż na miesiąc przed ostatnim dniem Roku ubezpieczeniowego żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

3. Podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia jest:

1) złożenie przez Ubezpieczonego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i przedstawiciela COMPENSY wniosku z ankietą medyczną na druku COMPENSY oraz dokumentów załączonych do wniosku,

2) zapłata składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty,

3) akceptacja wniosku przez COMPENSĘ.

4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich wymaganych przez COMPENSĘ danych albo został sporządzony wadliwie, Ubezpieczający zobowiązany jest, na wezwanie COMPENSY, odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma COMPENSY w tej sprawie.

5. COMPENSA może zażądać od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów lub odpowiedzi na dodatkowe pytania konieczne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

6. COMPENSA zastrzega sobie prawo odmówienia zawarcia umowy ubezpieczenia lub uzależnienia jej zawarcia od wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych.

7. Zawarcie umowy ubezpieczenia COMPENSA potwierdza Polisą.

8. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z dniem wystawienia Polisy.

9. Ubezpieczający ma prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia oraz zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.

10. Zmiany, o których mowa w ust. 9 mogą zostać dokonane z pierwszym dniem kolejnego Roku ubezpieczeniowego, o ile wniosek o dokonanie tych zmian zostanie złożony w siedzibie COMPENSY najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku ubezpieczeniowego.

11. W przypadku zmian zakresu ubezpieczenia zastosowanie mają postanowienia ust. 3-6 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność COMPENSY rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty oraz po upływie karencji.

2. Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia przypada najwcześniej na pierwszy dzień drugiego miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu, w którym wniosek został wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonych oraz Przedstawiciela Compensy.

3. Jeżeli Compensa ponosiła odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w oznaczonym terminie, COMPENSA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka ubezpieczeniowa .

4. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłacił w terminie wymagalnej kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, COMPENSA wezwie Ubezpieczającego na piśmie do jej zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem ustania odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia. Jeżeli pomimo otrzymanego wezwania do zapłaty wymagalnej raty składki ubezpieczeniowej Ubezpieczający nie dokona jej zapłaty, odpowiedzialność COMPENSY ustaje, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, za który przypadała ostatnia zapłacona rata składki ubezpieczeniowej.

5. Odpowiedzialność COMPENSA kończy się z chwilą:

1) zakończenia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2 oraz § 10 ust. 3 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia ,

2) z końcem okresu, o którym mowa w ust. 4 powyżej,

3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania.

6. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych odpowiedzialność COMPENSA wygasa z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

§ 8. KARENCJA

1. Długość Karencji określają szczególne warunki ubezpieczenia.

2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczeniowy zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, do Karencji zalicza się okres ubezpieczenia w poprzednim Roku ubezpieczeniowym.

3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, Karencja ma ponownie zastosowanie tylko do rozszerzonego zakresu i liczona jest od pierwszego dnia obowiązywania rozszerzonego zakresu ubezpieczenia.

§ 9. ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim COMPENSA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

3. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego wypowiedzenia przez COMPENSĘ ze skutkiem natychmiastowym:

a) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel zataił



przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

b) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczony zataił przed COMPENSA informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z chwilą śmierci Ubezpieczającego. Umowa może być kontynuowana, jeżeli w ciągu dwóch miesięcy od śmierci Ubezpieczającego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego określone umową ubezpieczenia wstąpi Ubezpieczony lub inna osoba i zachowana będzie ciągłość opłacania składki ubezpieczeniowej.

5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązania, składka ubezpieczeniowa za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej podlega zwrotowi.

6. Wysokość należnej do zwrotu składki ubezpieczeniowej ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10. ZMIANA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

1. W razie zmiany warunków ubezpieczenia w następnym Roku ubezpieczeniowym, COMPENSA poinformuje Ubezpieczającego o zmianie obowiązującej w następnym Roku ubezpieczeniowym, nie później niż na miesiąc przed upływem bieżącego Roku ubezpieczeniowego.

2. Gdy Ubezpieczający doręczy COMPENSIE najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego Roku ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o zaniechaniu kontynuacji ubezpieczenia na zaproponowanych warunkach, umowa ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na następny Rok ubezpieczeniowy.

3. Niedoręczenie COMPENSIE w terminie wskazanym w ust. 2 oświadczenia o zaniechaniu kontynuowania jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczeniowy na warunkach zaproponowanych przez COMPENSĘ.

§ 11. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest:

1) podać do wiadomości COMPENSY zgodnie z prawdą i najlepszą wiedzą wszystkie znane sobie okoliczności, o które COMPENSA zapytywała we wniosku i w innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

2) zgłaszać zmiany okoliczności, o które COMPENSA zapytywała we wniosku i innych pismach skierowanych do Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 powyżej, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

3. COMPENSA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest:

1) informować COMPENSĘ o wszelkich zmianach danych osobowych, o które COMPENSA zapytywała we wniosku,

2) niezwłocznie poinformować COMPENSĘ o fakcie zgubienia Karty Ubezpieczenia,

3) zaprzestać używania Karty Ubezpieczenia w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej COMPENSY,

4) używać Kartę Ubezpieczenia tylko zgodnie z jej przeznaczeniem i nie udostępniać jej osobom trzecim.

5. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach 1–4 powyżej spoczywają także na Ubezpieczonym.

6. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jest zobowiązany:

1) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty wypadku lub uzyskania informacji o nim, powiadomić COMPENSĘ o wypadku,

2) umożliwić COMPENSIE lub przedstawicielowi COMPENSY dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności i wysokości roszczeń; ponadto dostarczyć dokumenty oraz umożliwić prowadzenie wszelkich czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych,

3) niezwłocznie powiadomić Policję o wypadku, o ile zaistniały okoliczności wymagające podjęcia czynności dochodzeniowych,

4) stosować się do zaleceń COMPENSY oraz przedstawiciela COMPENSY udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,

5) w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, podać informacje potrzebne do udzielenia pomocy, a w szczególności: imię i nazwisko, nr polisy, opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy, a także dane dotyczące miejsca pobytu umożliwiające przedstawicielowi COMPENSY skontaktowanie się z Ubezpieczonym,

6) na żądanie COMPENSY lub przedstawiciela COMPENSY przedłożyć dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz fakt poniesienia z tego tytułu wydatków, np. oryginał rachunku, oryginał karty leczenia szpitalnego, potwierdzenie zapłaty,

7) do podporządkowania się i wypełniania wszelkich wskazań zaleconych przez lekarzy w toku podjętego leczenia,

8) uzyskać dokumentację lekarską oraz inne dokumenty związane z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

9) zwolnić lekarzy oraz placówki służby zdrowia, w których się leczą oraz Zakład Opieki Społecznej z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie COMPENSIE, bądź przedstawicielowi COMPENSY dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu leczenia i stanu zdrowia,

10) wyrazić zgodę na występowanie przez COMPENSĘ do podmiotów, które udzielały Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych o udostępnienie dokumentacji dotyczącej przebiegu leczenia i stanu zdrowia,

11) na żądanie COMPENSY i na koszt COMPENSY, poddać się badaniom u wyznaczonego przez COMPENSĘ lekarza w celu ustalenia prawa do odszkodowania (świadczenia) lub wysokości odszkodowania (świadczenia).

7. COMPENSA uprawniona jest do zmniejszenia odpowiednio wysokości odszkodowania (świadczenia), jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zawiadomił COMPENSY o zajściu wypadku w terminie określonym w ust. 6 pkt 1, o ile naruszenie tego obowiązku przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło COMPENSIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

8. W przypadku użycia przez Ubezpieczonego Karty Ubezpieczenia niezgodnie z jej przeznaczeniem, po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej lub udostępnienia jej osobom trzecim, Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić COMPENSIE koszty, które poniosła w związku z niedopełnieniem przez Ubezpieczonego obowiązków, o których mowa w ust. 4 pkt. 3 i 4.

9. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:

1) Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia na piśmie, lub – jeżeli osoba ta wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, jak również poinformować Ubezpieczonego



o prawie żądania od COMPENSA informacji, zgodnie z pkt 2 poniżej.

2) Ubezpieczony może żądać, aby COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego. COMPENSA zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób.

3) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność COMPENSY może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

§ 12. OBOWIĄZKI COMPENSY

1. COMPENSA zobowiązana jest prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania określone w odpowiednich ustępach OWU.

2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczony może żądać by COMPENSA udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; COMPENSA zobowiązana jest na żądanie Ubezpieczonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób.

§ 13. USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA (ŚWIADCZENIA)

1. O ile nie umówiono się inaczej, odszkodowanie wypłacone przez COMPENSĘ z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.

2. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałej szkody przedłożone przez Ubezpieczającego podlegają weryfikacji przez COMPENSĘ.

3. Dodatkowe zasady dotyczące ustalenia wysokości odszkodowania (świadczenia) uregulowane są w odpowiednich szczególnych warunkach ubezpieczenia.

§ 14. WYPŁATA ODSZKODOWANIA(ŚWIADCZENIA)

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, COMPENSA 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, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości odszkodowania/świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

3. Postanowień ust. 1 i 2 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy w zakresie ubezpieczenia ASSISTANCE, jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

4. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania/świadczenia bezpośrednio od COMPENSY, chyba że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte

ubezpieczeniem już zaszło.

5. Jeżeli w terminach określonych w ust. 13 lub 14 COMPENSA nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także powinna wypłacić bezsporną część odszkodowania/świadczenia.

6. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, COMPENSA informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania/świadczenia; informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. COMPENSA udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności COMPENSY lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez COMPENSĘ udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez COMPENSĘ.

8. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, COMPENSA udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

9. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 7;

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji;

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 7 – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 7.

10. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 7, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

11. COMPENSA przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy.

12. COMPENSA wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w ustępach powyżej, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

13. COMPENSA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie (świadczenie) w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

14. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności COMPENSY albo wysokości odszkodowania (świadczenia) nie jest możliwe, odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część odszkodowania (świadczenia) zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

15. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części, COMPENSA zobowiązana jest przekazać informację



o powyższym w terminach określonych w ust. 13 bądź 14 oraz zgodnie z zasadami określonymi w ust. 6.

16. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy Ubezpiezonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia). Na wniosek Ubezpiezonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia), COMPENSA wysła odszkodowanie (świadczenie) przekazem pocztowym.

17. Odszkodowanie (świadczenie) wypłacane jest w złotych polskich, z wyjątkiem kosztów zwracanych za granicę bezpośrednio wystawcom rachunków lub dostawcom świadczeń objętych ubezpieczeniem ASSISTANCE.

18. Jeżeli koszty zostały poniesione w walucie obcej, odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego z dnia powstania szkody.

19. W przypadku wymagalności składki lub rat składki przed datą wypłaty odszkodowania/świadczenia, COMPENSA może potrącić z odszkodowania/świadczenia wypłacanego Ubezpieczającemu, który zawarł umowę na własny rachunek, kwotę niezapłaconej, wymagalnej składki lub rat składki.

§ 15. ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez COMPENSĘ, roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na COMPENSĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli wypłacone odszkodowanie pokrywa tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed COMPENSĄ.

2. Nie przechodzą na COMPENSĘ roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

3. Zasady wynikające z ustępów poprzedzających stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

4. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony skutecznie zrzekł się roszczenia odszkodowawczego w stosunku do sprawcy szkody w całości lub w części, COMPENSA może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części. Natomiast, jeżeli fakt ten ujawniony zostanie już po wypłaceniu odszkodowania, COMPENSA może żądać zwrotu całości lub części odszkodowania.

5. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia COMPENSIE wszelkich informacji, dostarczenia dokumentów oraz umożliwienia prowadzenia czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.

§ 16. POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI I SKARG

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do wniesienia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do COMPENSY, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez COMPENSĘ. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę składającą reklamację zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez COMPENSĘ.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce COMPENSY, w której zakresie obowiązków jest obsługa klientów.

3. Reklamacja może zostać złożona w formie:

1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie COMPENSY lub w jednostce terenowej wskazanej w ust. 2 powyżej;

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00,

3) ustnej do protokołu, podczas wizyty w siedzibie COMPENSY lub jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;

4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.

4. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;

2) adres osoby wnoszącej reklamację;

3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.

5. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.

6. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSĘ bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 6, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:

1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);

2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;

3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Odpowiedzi na reklamacje COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpiezonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

9. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:

1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;

2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

10. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSĄ



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>).

11. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności COMPENSY.

12. Do skargi określonej w ust. 11 zastosowanie znajdują postanowienia dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem ust. 8. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem 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.

§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu).

2. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej COMPENSY.

3. COMPENSA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

4. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez COMPENSĘ, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby COMPENSY) albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

6. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

7. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.

8. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU jest prawo polskie. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

9. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 27/04/2018 z dnia 24 kwietnia 2018 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 25 maja 2018 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Sz wajgier
Zastępca Prezesa Zarządu



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych

można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje 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 (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych);
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	niezbędność do zawarcia lub wykonania umowy między osobą, której dane dotyczą, a administratorem; zgoda na przetwarzanie danych (w przypadku szczególnych kategorii 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. Prawnym uzasadnionym interesem Administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych.
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
likwidacja szkody z umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych).
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 przeciwdziałaniu i ściganiu 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 na Życie S.A. Vienna Insurance Group w jej własnych celach marketingowych	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, 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, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany, 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 człowieka.

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, historii szkód, informacji o przedmiocie ubezpieczenia oraz informacji o stanie zdrowia (ubezpieczenia zdrowotne). 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 Pana/Pani określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących, daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.