

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
POLISA DLA CIEBIE  
BRP-1418**

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §10, §12, §13, §17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2, §15, §20 ust. 6-7

## POLISA DLA CIEBIE

### OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE POLISA DLA CIEBIE BRP-1418

#### POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE o symbolu BRP-1418 (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (dalej umowa ubezpieczenia) zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

#### DEFINICJE

##### § 1.

Ileokroć w niniejszych OWU użyto określenia:

- Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
- 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,
- 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),
- 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,
- poważna jednostka chorobowa** – rozumie się przez to: wady wrodzone i rozwojowe, wady serca, niestabilną chorobę serca, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, chorobę nowotworową, cukrzycę, chorobę płuc, stwardnienie rozsiane, zaburzenia psychiczne i zachowania, zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczka typu B i C – wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, znaczny stopień niepełnosprawności, umiarkowany stopień niepełnosprawności, niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym,
- rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 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,
- suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to zaproponowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonej w polisie kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo,
- Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z Towarzystwem umowę ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania należnej składki ubezpieczeniowej,
- 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.

- 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:
  - 100% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt 2) poniżej,
  - równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w ust. 2) poniżej.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty wyłącznie świadczenia, o którym mowa w ust. 1) pkt 2) powyżej, jeżeli:
  - zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 12 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
  - zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 36 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił w wyniku poważnej jednostki chorobowej, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której Ubezpieczony leczył się w okresie ostatnich 5 lat przed rozpoczęciem się odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

#### UMOWA UBEZPIECZENIA

##### wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

##### § 3.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

- Jeden Ubezpieczony może jednocześnie być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko z tytułu jednej umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku.
- 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:

- Ubezpieczony nie ukończył 86 roku życia,
- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia nie został odrzucony,
- Ubezpieczający opłacił pierwszą należną składkę w pełnej wysokości.

#### okres ubezpieczenia

##### § 5.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

#### wskazanie Beneficjenta

##### § 6.

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

#### polisa ubezpieczeniowa

##### § 7.

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

#### UMOWY DODATKOWE

##### § 8.

- Z pierwszym dniem każdego okresu polisowego, na zasadach określonych odrębnie Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o umowę gromadzenia środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo oraz inne umowy ubezpieczenia dodatkowego.

#### POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

##### § 9.

- 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 § 11 ust. 5 pkt 1) OWU.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

#### SUMA UBEZPIECZENIA

##### § 10.

- Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
- 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.
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje w pierwszą rocznicę polisy następującą po dacie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 2 i 3 powyżej, nowa wysokość składki wyliczana jest na podstawie kryteriów, określonych w § 11 ust. 1 OWU.
- Towarzystwo potwierdza podwyższenie sumy ubezpieczenia aneksem do umowy ubezpieczenia.

#### SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

##### § 11.

- 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 potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 1%.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa częstotliwość opłacania składki. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana:
  - miesięcznie,
  - 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 dodatkowo 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 powyżej, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upływał termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 5 powyżej.
9. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego zaległej składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

#### **WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA odstąpienie od umowy ubezpieczenia**

##### **§ 12.**

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**

##### **§ 13.**

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.

##### **§ 14.**

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 § 11 ust. 8 OWU,
  - 4) zgonu Ubezpieczonego.

#### **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 powyżej, 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 powyżej, 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 powyżej, 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 odmawia 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.

#### **SKŁADANIE REKLAMACJI**

##### **§ 18.**

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonej przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
  - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
  - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
  - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
  - 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).
4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
  - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
  - 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
  - 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
  - 4) PESEL/REGON,
  - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer polisy).
5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedź na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
  - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
  - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,

- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:
  - 1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Beneficjentów oraz osób uprawnionych do świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
  - 2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:
  - 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)),
  - 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,
  - 3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

#### **SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ** **§ 19.**

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 18 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 18 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 18 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE** **§ 20.**

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.compensa.pl](http://www.compensa.pl).
13. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
14. Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński  
Prezes Zarządu



Piotr Tański  
Członek Zarządu

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:**

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnem uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraniem umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

**Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa,

w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

**Odbiorcy danych:** Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

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

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

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

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

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

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

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

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

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

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

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

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

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawiania Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawiania Pani/Panu oferty produktów lub usług.

**Informacja o wymogu podania danych:**

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.