

Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wprowadza się niniejszą tabelę spełniającą warunki wynikające z art. 17 Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej i Reasekuracyjnej oraz Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Do OWU wprowadza się tabelę spełniającą warunki wynikające z art. 17 Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej i Reasekuracyjnej oraz Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie informacji zamieszczanych

we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń. Powyższa tabela dodana zostaje jako strony nr 1 i 2 i poprzedza tekst OWU.

| Rodzaj informacji | Postanowienia wzorca umowy regulujące informację |
|--|---|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | <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 (warianty Brązowy, Srebrny, Złoty, Rehabilitacja, Multi, Medmulti) § 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, 2, 3, 4, 5, 10 SWU</p> |
| | <p>Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego § 2 ust. 1 SWU § 3 ust. 2, 3, 4, 5, 6, 12 SWU Załącznik nr 1 do SWU w całości</p> |



2. Ograniczenia
oraz wyłączenia
odpowiedzialności
zakładu ubezpieczeń
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 (warianty Brązowy, Srebrny, Złoty, Rehabilitacja, Multi, Medmulti)

§ 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. 6, 7, 8, 9 SWU

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Operacyjnego

§ 3 ust. 7, 8, 9, 10, 11 SWU



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.

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

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

6) 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 nagłe.

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

8) 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.

9) POLISA – dokument wystawiony przez COMPENSA, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia.

10) POZOSTAWANIE 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.

3) REKLAMACJA – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez

jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

11) 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.

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

13) 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.

14) 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 pielęgnacyjno-opiekuńczych,

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

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

15) UBEZPIECZAJĄCY – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia



i zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej.

16) 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.

17) 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 zastraszanie społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części,
- 11) następstw skażeń radioaktywnych, biologicznych, chemicznych,
- 12) następstw Pozostawiania pod wpływem alkoholu,
- 13) następstw pozostawiania pod wpływem lub zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciw-

działaniu 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.

§ 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 zaplaceniem 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 daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia 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 COMPENSĄ informacje, o które COMPENSA zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

b) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczony zataił przed COMPENSĄ 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 leczycy 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.

§ 12. OBOWIĄZKI COMPENSY

COMPENSA zobowiązana jest prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania określone w odpowiednich ustępach niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 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. W przypadku ustalenia płatności składki ubezpieczeniowej w ratach, COMPENSA może potrącić z wypłacanego odszkodowania (świadczenia) kwotę niezapłaconej, wymagalnej raty składki tylko w przypadku gdy Ubezpieczający, który jest zobowiązany do zapłaty składki jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4. 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 COMPENSA wszczyna właściwe postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania (świadczenia) oraz w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, powiadamia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o tym fakcie, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem.

2. W terminie wskazanym w ust. 1 powyżej COMPENSA, pisemnie lub w inny uzgodniony sposób informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności COMPENSY lub wysokości odszkodowania (świadczenia), jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. COMPENSA ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 2., informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności COMPENSY lub wysokości odszkodowania (świadczenia).

4. 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.

5. COMPENSA wypłaca odszkodowanie (świadczenie) na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku dokonania własnych ustaleń, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

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

7. 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 wypadku.

8. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części, COMPENSA poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego w terminach określonych w ust. 6 bądź 7, podając okoliczności faktyczne i podstawę prawną odmowy wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

9. COMPENSA wypłaca odszkodowanie (świadczenie) w złotych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem kosztów zwracanych za granicę bezpośrednio wystawcom rachunków lub dostawcom świadczeń objętych ubezpieczeniem assistance.

10. Jeżeli wysokość roszczenia została określona w walucie obcej, a odszkodowanie (świadczenie) ma zostać wypłacone w złotych, przeliczenie na złote następuje według średniego kursu ustalonego przez NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania (świadczenia).

§ 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 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. W przypadku jakichkolwiek skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, można je zgłosić do Rzecznika Ubezpieczonych lub za pośrednictwem właściwej jednostki terenowej COMPENSY do właściwej jednostki organizacyjnej centrali COMPENSY, którą wskazuje jednostka terenowa, celem ich rozpatrzenia.

4. Właściwa jednostka organizacyjna centrali COMPENSY jest zobowiązana w ciągu 30 dni od chwili otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie.

5. Powództwo o roszczenia wynikające z umów zawartych na podstawie owu można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

6. COMPENSA zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy ubezpieczenia.

7. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych stosownych aktów prawnych.

8. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 listopada 2012 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu



ANEKS NR I

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Compensa Tu S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 r

ZAŁĄCZNIK NR I

Informacje dotyczące procedury składania i rozpatrywania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

§ 1. DEFINICJE:

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

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

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

§ 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa w której zakresie obowiązków jest obsługa Klienta.

2. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej albo listownie;

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce wskazanej w ust. 1 powyżej;

3) w formie elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensa.pl

3. Z zachowaniem postanowień ust. 4 poniżej, odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 3 powyżej, termin na udzielenie odpowiedzi nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

5. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, chyba że Klient wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi pocztą elektroniczną.

§ 3. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W przypadku Reklamacji składanych przez Klientów tracą moc wszelkie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Zdrowie dotyczące składania i rozpatrywania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group sprzeczne z postanowieniami niniejszego aneksu.

2. W przypadku składania Reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Vienna Insurance Group przez podmioty niebędące Klientami postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Zdrowie dotyczące składania i rozpatrywania reklamacji pozostają w mocy.

3. Niniejszy Aneks został zatwierdzony przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 144/2015 z dnia 8 października 2015 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 11 października 2015 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu



ANEKS NR 2

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku.

W § 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA dodaje się ustęp 9 oraz 10 o następującej treści:

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.

W § 9. ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY dotychczasowy ustęp 1 otrzymuje następujące brzmienie:

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.

W § 11. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO dodaje się ustęp 9 o następującej treści:

9. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:

1) Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu, przed podpisaniem przez Ubezpieczonego wniosku wskazanego w § 6 ust. 3 pkt 1) OWU lub deklaracji przystąpienia, otrzymane od COMPENSY OWU oraz szczególne warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa ubezpieczenia;

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

§ 12. OBOWIĄZKI COMPENSY uzyskuje w całości nowe następujące brzmienie:

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.

W § 13. USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA (ŚWIADCZENIA) wykreśla się ustęp 3.

§ 14 WYPŁATA ODSZKODOWANIA (ŚWIADCZENIA) otrzymuje w całości nowe następujące brzmienie:

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 podstawę 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 potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji;
- 3)** zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia 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 Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia). Na wniosek Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odszkodowania (świadczenia), COMPENSA wyśle 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.

Obecny § 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE zostaje zastąpiony § 16. SKARGI I REKLAMACJE oraz § 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE o następującej treści:

§ 16. SKARGI I REKLAMACJE

1. Dla celów niniejszego paragrafu wprowadza się następujące pojęcia:

1) Klient – będący osobą fizyczną (w tym osoba fizyczna wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia;

2) Reklamacja – wystąpienie skierowane do COMPENSY przez jej Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez COMPENSĘ.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce COMPENSY, w której zakresie obowiązków jest obsługa Klienta. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez COMPENSĘ.

3. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie;

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty Klienta w tej jednostce;

3) w formie elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensa.pl.

4. Reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) Klienta;

2) adres Klienta;

3) informację, czy Klient wyraża zgodę na otrzymywanie 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 Klienta, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na Reklamację COMPENSA 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, COMPENSA w informacji przekazanej Klientowi:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy;

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Odpowiedzi na Reklamację COMPENSA udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, chyba że Klient wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi pocztą elektroniczną. W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez Klienta.



9. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie, Klient ma prawo:

- 1) odwołać się do COMPENSY;
- 2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego;
- 3) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Klienta, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

10. Na wniosek Klienta, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego.

11. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi lub zażalenia (łącznie zwanych dalej skargą) dotyczących usług świadczonych przez COMPENSĘ lub wykonywania przez COMPENSĘ działalności ubezpieczeniowej. Złożenie skargi niezwłocznie po powzięciu przez skarżącego zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez COMPENSĘ.

12. Skargę można złożyć:

- 1) w formie pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w Centrali COMPENSA (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) lub jednostce terenowej;
- 2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer infolinii: 22 501 61 00.

13. Skarga powinna zawierać:

- 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) skarżącego;
- 2) adres skarżącego;
- 3) informację, czy skarżący wyraża zgodę na otrzymywanie 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.

14. Na żądanie skarżącego, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia skargi na piśmie lub w inny sposób uzgodniony ze skarżącym.

15. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona przez COMPENSĘ bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę skarżącą o:

- 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu;
- 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
- 3) przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi.

16. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono ze skarżącym inną formę odpowiedzi.

17. 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.

18. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę rozpatrzoną negatywnie osoba skarżąca ma prawo odwołać się do COMPENSY.

§ 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 Urzędu Ochrony Konsumentów 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 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 01 listopada 2012 roku. Niniejszy Aneks został zatwierdzony przez Zarząd Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 240/2015 z dnia 14 grudnia 2016 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu



ANEKS NR 4

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA COMPENSA ZDROWIE

zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17 października 2012 roku

§ 16 SKARGI I REKLAMACJE od ustępu 9 otrzymuje nowe brzmienie

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie Klient ma prawo odwołać się do COMPENSY.

10. Po wyczerpaniu trybu składania Reklamacji wskazanego powyżej, Klient ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:

- 1) nieuwzględnienia roszczeń Klienta w trybie rozpatrywania reklamacji;
- 2) niewykonanie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą Klienta w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie Klient ma również prawo wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Klienta, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

12. Na wniosek Klienta, spór z COMPENSA 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/>).

13. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi lub zażalenia (łącznie zwanych dalej skargą) dotyczących usług świadczonych przez COMPENSĘ lub wykonywania przez COMPENSĘ działalności ubezpieczeniowej. Złożenie skargi niezwłocznie po powzięciu przez skarżącego zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez COMPENSĘ.

14. Skargę można złożyć:

- 1) w formie pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w Centrali COMPENSA (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) lub jednostce terenowej;

- 2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer infolinii: 22 501 61 00

15. Skarga powinna zawierać:

- 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) skarżącego,
- 2) adres skarżącego,
- 3) informację, czy skarżący wyraża zgodę na otrzymywanie 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.

16. Na żądanie skarżącego, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia skargi na piśmie lub w inny sposób uzgodniony ze skarżącym.

17. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona przez COMPENSĘ bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę skarżącą o:

- 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu,
- 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone,
- 3) przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi.

18. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono ze skarżącym inną formę odpowiedzi.

19. 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.

20. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę rozpatrzoną negatywnie osoba skarżąca ma prawo odwołać się do COMPENSY.

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 33/12/2016 z dnia 29 grudnia 2016 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10 stycznia 2017.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Sz wajgier
Zastępca Prezesa Zarządu