

Kompleksowe ubezpieczenie mające na celu ochronę życia i zdrowia, zapewnia szeroką ochronę klientom indywidualnym.

Mogą do niego przystąpić : prywatni przedsiębiorcy, bezrobotni, rolnicy, osoby wykonujące wolne zawody i inni.

Wiek przystąpienia od 18 do 54 lat.

L.P.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	SU 50 000	Karencje
1	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego	150 000	
2	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego	150 000	
3	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego	150 000	
4	Zgon Ubezpieczonego w wyniku NW	100 000	
5	Zgon Ubezpieczonego w wyniku choroby (zawał serca lub udar mózgu)	75 000	6 m-cy
6	Zgon Ubezpieczonego (ryzyko obejmuje również zdarzenie ubezpieczeniowe zdiagnozowanie Choroby śmiertelnej; wypłata z tytułu zdarzenia zdiagnozowanie Choroby śmiertelnej jest dokonywane na zasadach wskazanych w OWU i wynosi 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz pomniejsza wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	50 000	3 m-ce
7	Zgon Ubezpieczonego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci)	5 000	6 m-cy
8	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (32 jednostki)	5 000	6 m-cy
9	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu)	500	
10	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	50	
11	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni)	75	6 m-cy
12	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	100	
13	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego	200	
14	Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni)	50	6 m-cy
15	Poddanie się Ubezpieczonego operacji chirurgicznej (hospitalizacja min. 3 dni)	do 4 000	6 m-cy
16	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego (7 rodzajów leczenia)	800	3 m-ce
17	Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku NW	2 000	
18	Narodziny żywego dziecka Ubezpieczonemu	1 600	9 m-cy
19	Narodziny martwego dziecka Ubezpieczonemu	4 000	
20	Zgon dziecka Ubezpieczonego (bez względu na wiek)	5 000	3 m-ce
21	Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW (bez względu na wiek)	10 000	
22	Zgon małżonka / konkubenta Ubezpieczonego (bez względu na wiek)	10 000	6 m-cy
23	Zgon małżonka / konkubenta Ubezpieczonego w wyniku NW (bez względu na wiek)	20 000	
24	Zgon małżonka / konkubenta Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	30 000	
25	Zgon rodziców Ubezpieczonego (bez względu na wiek)	1 500	6 m-cy
26	Zgon rodziców małżonka Ubezpieczonego (bez względu na wiek)	1 500	6 m-cy
PAKIET ASSISTANCE			
27	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaoordynowanych przez lekarza*	do 1 600	
28	Transport medyczny z miejsca zamieszkania do placówki medycznej*	do 1 600	
29	Transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej lub do miejsca zamieszkania*	do 1 600	
30	Pomoc domowa oraz pielęgnarska po hospitalizacji (trwającej powyżej 5 dni)*	do 500	
31	Organizacja wizyt fizykoterapeuty w domu albo organizacja wizyt w poradni rehabilitacyjnej*	do 600	
32	Organizacja transportu sprzętu rehabilitacyjnego*	do 400	
33	Organizacja zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego*	do 400	
34	Przyjazd członka rodziny*	do 300	
35	Pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca pobytu*	do 300	
36	Dostarczenie rzeczy osobistych*	do 150	
37	Wizyty lekarza po nieszczęśliwym wypadku*	do 1 600	
38	Wizyty pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku*	do 1 600	
39	Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej*	do 1 600	
40	Infolinia medyczna*	Tel. 22 295 82 01	
DODATKOWA OCHRONA			
NOWOŚĆ	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (9 jednostek)	5 000	6 m-cy
	Rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku NW	2 000	
	Wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku NW	250	
	Wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres pakietu urazowego	250	
	Zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku NW (bez względu na wiek)	4 500	
	Zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW (bez względu na wiek)	4 500	
SKŁADKA MIESIĘCZNA		72 zł	
*	Wszystkie świadczenia i usługi w ramach ASSISTANCE MEDYCZNEGO (pkt.27-39) ograniczone są do podanych kwot za jedno zdarzenie, oddzielnie dla Ubezpieczonego i jego Małżonka.		
Do ubezpieczenia mogą przystąpić osoby, u których nie rozpoznano i nie leczą się z powodu : wad wrodzonych i rozwojowych, wad lub chorób serca, zawału serca, przewlekłych chorób płuc, udaru mózgu, niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności- HIV, żółtaczkę typu B i C - wirusowego zapalenia wątroby typu B i C oraz nie są inwalidami I-jej lub II- jej grupy inwalidztwa oraz nie orzeczono u nich niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.			

SUPER GRUPA

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	2
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	
SUPER GRUPA OWU BRP-1018	3
Ubezpieczenie dodatkowe do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA OWDU BRP-1118	4
Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA OWUIK BRP-1218	5
Informacje dotyczące ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA	7
OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1018	8
Postanowienia wstępne.....	8
§ 1. Definicje pojęć	8
§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej	9
§ 3. Pakiet SUPER GRUPA.....	9
§ 4. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia	9
§ 5. Polisa ubezpieczeniowa	9
§ 6. Czas trwania umowy ubezpieczenia	9
§ 7. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia	9
§ 8. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	10
§ 9. Suma ubezpieczenia	10
§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	10
§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności.....	10
§ 12. Ograniczenia odpowiedzialności	10
§ 13. Wyłączenia odpowiedzialności	10
§ 14. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	11
§ 15. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	11
§ 16. Składanie reklamacji.....	11
§ 17. Składanie skarg i zażaleń	12
§ 18. Postanowienia końcowe	12
Załącznik nr 1 Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.....	13
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1018	21
Aneks nr 3 do Ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1018.....	22
Informacje dotyczące ogólnych warunków umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1118.....	23
Ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1118.....	24
Postanowienia wstępne.....	24
§ 1. Definicje pojęć	24
§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej i wysokość świadczenia	24
§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej.....	25
§ 4. Zasady zawarcia umowy dodatkowej.....	25
§ 5.	25
§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej.....	25
§ 7. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	25
§ 8. Początek i koniec odpowiedzialności	25
§ 9. Karencja	25
§ 10. Wyłączenia odpowiedzialności	25
§ 11. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	26
§ 12. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	26
§ 13. Postanowienia końcowe	26

Załącznik nr 1 Wykaz Operacji Chirurgicznych	27
Informacje dotyczące ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1218.....	32
Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1218	33
Postanowienia wstępne.....	33
§ 1. Definicje pojęć	33
§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej	33
§ 3. Warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	33
§ 4. Zasady zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.....	33
§ 5. Polisa ubezpieczeniowa	33
§ 6. Czas trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	33
§ 7. Odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	33
§ 8. Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	34
§ 9. Suma ubezpieczenia	34
§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności.....	34
§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności.....	34
§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności	34
§ 13. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń	34
§ 14. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia	34
§ 15. Składanie reklamacji.....	35
§ 16. Składanie skarg i zażaleń.....	35
§ 17. Postanowienia końcowe	35
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA BRP-1218.....	36
Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”	37
Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usługi Assistance” dla Umowy podstawowej Super Gwarancja	38
§ 1. Definicje.....	38
§ 2. Przedmiot ubezpieczenia	38
§ 3. Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu.....	38
§ 4. Wyłączenia odpowiedzialności	39
§ 5. Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego	39
§ 6. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozwiązanie umowy ubezpieczenia	39
§ 7. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego	40
§ 8. Postanowienia końcowe.....	40

O BOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. 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
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzonymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z 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 mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

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

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

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

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

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb.

Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Ubezpieczenie zbiorowe na życie SUPER GRUPA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: **Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group** (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: **SUPER GRUPA OWU BRP-1018**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Ubezpieczenie o charakterze zbiorowym polegające na objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach wielu umów ubezpieczenia grupy osób, które wyrażą chęć ubezpieczenia na określonych, jednakowych dla wszystkich osób warunkach ubezpieczenia (Pakiet SUPER GRUPA). Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile zachowane zostaną warunki wskazane w § 6 OWU

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

życie i zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: zakres (ryzyka oferowane łącznie, wysokość świadczenia dla ryzyka zależna od rodzaju Pakietu SUPER GRUPA)

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- zgon (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej)
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- zgon w wyniku wypadku lądowego
- zgon w wyniku wypadku lotniczego
- zgon w wyniku wypadku wodnego
- zgon chorobowy
- zgon powodujący osierocenie Dziecka
- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie
- pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 5 lub więcej dni)
- pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku życia (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 1 lub więcej dni)
- narodziny Dziecka (żywego lub martwego)

Ryzyka dotyczące Dziecka Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące Rodziców Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego

- zgon

Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego Pakietu SUPER GRUPA

Suma ubezpieczenia jest taka sama dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego Pakietu SUPER GRUPA. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym odpowiednie rodzaje świadczeń, zgodne z zapisami § 2 OWU oraz potwierdzone w polisie. Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWU

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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 13 OWU

Dla każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wynosi 90 dni, dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 21 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 3-4 OWU oraz w § 12 OWU

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający / Ubezpieczony zobowiązany jest:

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

Ubezpieczający / Ubezpieczony ma prawo:

- rozszerzyć zakres ochrony o:
 - a) umowę dodatkową do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (OWDU BRP-1118), która rozszerza zakres odpowiedzialności Towarzystwa m.in. o rehabilitację Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenie szpitalne, poddanie Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, przeprowadzenie u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia
 - b) dodatkowe ubezpieczenie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (OWDU BRP-1918), umożliwiające gromadzenie środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych
- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawnieć o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych
- złożyć reklamację

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

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:

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

Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SUPER GRUPA jest ustalana według następujących kryteriów: wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka, okresów karencji stosowanych w odniesieniu do określonych ryzyk

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzenia w polisie

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- upływu 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona)
- odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne
- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- zgonu Ubezpieczonego

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemnie zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 15 ust. 4 OWU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 14 oraz w § 15 OWU

Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

1. prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym 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 świadczonych przez Towarzystwo
2. reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej

3. reklamację można złożyć w formie:

- pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie)
- ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67)
- ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu, 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)

Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrzenia?

1. prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji
2. do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia § 16 OWU dotyczące reklamacji, z wyłączeniem § 16 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail)

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

UBEZPIECZENIEDODATKOWEDOZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA OWDU BRP-1118

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki. Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić wyłącznie w tym samym czasie co zawarcie umowy podstawowej SUPER GRUPA

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – SUPER GRUPA, z tym samym dniem do zawarcie umowy podstawowej. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe (ryzyka oferowane łącznie, wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w OWDU)

- powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu
- pobyt w szpitalu na OIOM
- rehabilitacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- leczenie szpitalne - świadczenie apteczne
- operacja chirurgiczna (przeprowadzona podczas pobytu w szpitalu trwającego min. 3 dni)

- specjalistyczne leczenie

Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu umowy podstawowej

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU

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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej
- samookaleczenia
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 10 OWDU

Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa, maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu na OIOM wynosi 14 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 4-8 OWDU oraz w § 9 OWDU

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Ubezpieczony
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 12 ust. 2 OWDU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 11 oraz w § 12 OWDU

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA OWUIK BRP-1218

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWUIK) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- Ubezpieczony ukończył wiek wskazany w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA, jako skutkujący względem tego Ubezpieczonego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej
- Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA co najmniej 5 lat w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i należna za niego składka z tego tytułu została opłacona
- Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłacił z tego tytułu pierwszą składkę ubezpieczeniową

Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia SUPER GRUPA zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy, na zasadach określonych w § 6 OWUIK

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe (objęte ochroną ubezpieczeniową) (ryzyka oferowane łącznie, wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w OWUIK i zależna od sumy ubezpieczenia w umowie SUPER GRUPA)

- zgon
- zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- zgon w wyniku wypadku lądowego
- zgon w wyniku wypadku lotniczego
- zgon w wyniku wypadku wodnego

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa oraz rodzaj świadczeń należnych z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazany jest w § 2 OWUIK

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

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego

- prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia
- katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego
- uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych
 - b) sportów walki
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych
 - d) wszelkich form alpinizmu
 - e) speleologii
 - f) sportów ekstremalnych
- popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia SUPER GRUPA
- zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkującego uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej
- działania/zaniechania w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków
- samookaleczenia

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 12 OWUIK

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

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

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawnieć o zmianę sposobu (częstotliwości) opłacania składki ubezpieczeniowej
- zawnieć o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia dodatkowych postanowień, odmiennych od ustalonych w OWUIK
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Beneficjenta, a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Pierwsza składka ubezpieczeniowa płatna jest do dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

Każda kolejna składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa

Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy określa sposób opłacania składki:

- miesięcznie
- kwartalnie
- półrocznie
- rocznie

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- w dniu odstąpienia od umowy ubezpieczenia
- z upływem okresu wypowiedzenia umowy
- z upływem 5-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku nieprzedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres
- w dniu, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- w dniu zgonu Ubezpieczonego

Jak zawnieć o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 14 ust. 4 OWUIK
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 13 oraz w § 14 OWUIK

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-1018**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, 4, § 12, § 13, § 15 ust. 8

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1018

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1018 (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej: umowa ubezpieczenia), zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ § 1.

Kleńroć w OWU użyto określenia:

- Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składki.
 - Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową i która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończyła 64 roku życia. W rozumieniu OWU Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
 - Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
 - Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
 - Konkubent** – rozumie się przez to osobę niespokrewnioną z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej dwóch lat i obie osoby są stanu wolnego; za Konkubenta nie uważa się byłego Małżonka Ubezpieczonego.
 - Dziecko** – rozumie się przez to dziecko własne, a w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż narodziny żywego/martwego dziecka Ubezpieczonemu, również dziecko przysposobione i pasierba.
 - Rodzic** – rozumie się przez to rodzica Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego lub osobę, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Ojczyma i Macochę Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego/Małżonka Ubezpieczonego.
 - Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z Rodzicem Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, a także wdowca lub wdowę odpowiednio po Rodzicu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego.
 - Pakiet SUPER GRUPA** – rozumie się przez to określony standard warunków ubezpieczenia dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU, określający dla wszystkich osób Ubezpieczonych w danym pakiecie jednakowy: zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia, wysokość przysługujących świadczeń oraz wysokość składki ubezpieczeniowej; Pakiet SUPER GRUPA określany jest dla inicjatywnej grupy osób, które wyrażą wolę zawarcia umów ubezpieczenia na podstawie OWU na tożsamych warunkach ubezpieczenia.
 - suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
 - nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli. 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).
 - wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - zgon chorobowy** – rozumie się przez to zgon w wyniku udaru mózgu lub zawału serca.
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszczerbku układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
 - poważne zachorowanie** – rozumie się przez to zachorowanie w okresie ubezpieczenia na poniżej wskazane jednostki chorobowe, pod warunkiem że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon Ubezpieczonego:
- nowotwór złośliwy** – rozumiany jako proces niekontrolowanego rozrostu komórek patologicznych, które stały się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu, naciekają na tkanki i narządy oraz dają odległe przerzuty, potwierdzone dokumentacją medyczną, np. wynikiem badania histopatologicznego lub badania cytologicznego,
 - zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamienym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego,
 - udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgowo-naczyniowy, powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwieniowych oraz wylewów podopajęczynokowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu,
 - niewydolność nerek** – rozumiana jako schyłkowe stadium choroby nerek, rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki. Dla zaliczenia przez Towarzystwo tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności Towarzystwa,
 - pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)** – rozumiane jako kardiochirurgiczne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), polegające na utworzeniu by-passu (obwodnicy, pomostu) z wykorzystaniem: żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) lub prawej (RIMA), tętnicy promieniowej pobranej z przedramienia lub sztucznego naczynia, w celu przywrócenia właściwego przepływu krwi z aorty do zwężonych lub zamkniętych tętnic wieńcowych, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego. Każdy zabieg wymaga poprzedzenia badaniem koronarograficznym oraz kwalifikacją lekarza kardiologa i kardiochirurga. Za metody kardiochirurgiczne uznaje się: CABG (coronary artery bypass grafting) – pomostowanie tętnic wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego; OPCAB (off-pumping coronary artery bypass) – pomostowanie tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego; MIDCAB (minimally invasive direct coronary artery bypass) – małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych; PACAB (port access coronary artery bypass) – chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp; TECAB (totally endoscopic coronary artery bypass) – roboty kardiochirurgiczne; MIDCAB+PCI – hybrydowe leczenie choroby wieńcowej. Pojęcie nie obejmuje przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonanej bez jednoczesnego zastosowania MIDCAB lub innej wymienionej powyżej,
 - transplantacja jednego z głównych narządów** – rozumiana jako zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, potwierdzony dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie,
 - ciężkie oparzenie** – rozumiane jako oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry), dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała Ubezpieczonego,
 - śpiączka** – rozumiana jako stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. W rozumieniu OWU pojęcie śpiączki nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków,
 - wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba** – diagnoza musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba:
 - postępująca demencja,
 - wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonie, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
 - typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
 - rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.
W rozumieniu OWU za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba.

18. **szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym.
19. **dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
20. **osierocenie Dziecka** – rozumie się przez to zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
 - 1) przed ukończeniem przez Dziecko 20 roku życia,
 - 2) przed ukończeniem przez Dziecko 25 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole, działającej na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym,
 - 3) bez względu na wiek Dziecka – jeżeli Dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
21. **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – absailing, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, łyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
22. **ciąża wysokiego ryzyka** – rozumie się przez to nagle lub dające się przewidzieć powikłania ciążyowe stanowiące zagrożenie dla zdrowia lub życia kobiety ciężarnej. Rozpoznanie w każdym przypadku musi być potwierdzone dokumentacją medyczną (karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z przebiegu leczenia) o wystąpieniu następujących czynników wysokiego ryzyka:
 - 1) łożysko przodujące lub nisko usadowione z objawami krwawienia,
 - 2) poród przedwczesny – przed 36 tyg. ciąży,
 - 3) niewydolność cieśniowo-szyjkowa wymagająca założenia szwu naszyjkowego lub pessaria,
 - 4) niepowściągliwe wymioty ciężarnych – utrzymujące się powyżej 14 tyg. ciąży, przebiegające z odwodnieniem, zaburzeniami metabolicznymi i czynności wątroby,
 - 5) gestoza EHP (tzw. stan przedzucawkowy),
 - 6) rzucawka – z drgawkami toniczno-klonicznymi,
 - 7) zespół HELLP,
 - 8) krwawienie w drugiej połowie ciąży,
 - 9) ciąża wielopłodowa od 23 tygodnia ciąży,
 - 10) współistniejące zaburzenia metaboliczne w postaci cukrzycy insulinozależnej.
23. **nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.
2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń, w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia potwierdzonej w umowie ubezpieczenia, zgodnie z warunkami Pakietu SUPER GRUPA, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia:
 - 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego: 100%,
 - 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 50%-200%,
 - 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 50%-200%,
 - 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 50%-200%,
 - 5) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2) powyżej): 50%-200%,
 - 6) z tytułu zgonu chorobowego Ubezpieczonego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 50%-200%,
 - 7) z tytułu zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci): 30%-100%,
 - 8) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu: 1%-4%,
 - za 100% uszczerbku na zdrowiu: 100%-400%,
 - 9) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania: 10%-40%,
 - 10) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 5 lub więcej dni, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem: 0,25%-0,5%,
 - 11) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem: 0,5%-1%,
 - 12) z tytułu narodzin żywego Dziecka Ubezpieczonemu (zdarzenie dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego): 5%-15%,
 - 13) z tytułu narodzin martwego Dziecka Ubezpieczonemu (zdarzenie dotyczy wyłącznie narodzin Ubezpieczonemu Dziecka własnego): 10%-50%,
 - 14) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: 25%-100%,
 - 15) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 14) powyżej): 25%-100%,
 - 16) z tytułu zgonu Dziecka Ubezpieczonego: 25%-100%,
 - 17) z tytułu zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 16) powyżej): 25%-100%,

- 18) z tytułu zgonu Rodziców Ubezpieczonego: 5%-15%,
- 19) z tytułu zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego: 5%-15%.
3. Dla każdego kolejnych 3 lat trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu niespodowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (§ 2 ust. 2 pkt 10) powyżej) wynosi 90 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (§ 2 ust. 2 pkt 11) powyżej) – 21 dni.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.

PAKIET SUPER GRUPA § 3.

1. Warunki Pakietu SUPER GRUPA są określane za zgodą Towarzystwa, jeżeli wolę zawarcia umów ubezpieczenia na warunkach Pakietu SUPER GRUPA wyrazi grupa licząca co najmniej 3 Ubezpieczających – inicjatywna grupa Ubezpieczających.
2. Warunki Pakietu SUPER GRUPA określane są we wniosku o otwarcie Pakietu SUPER GRUPA, składanego na formularzu Towarzystwa. Zakres ochrony ubezpieczeniowej Pakietu SUPER GRUPA może zostać rozszerzony o Umowę Dodatkową do Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej do Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA.
3. Wniosek o otwarcie Pakietu SUPER GRUPA określa dla umów ubezpieczenia zawartych w ramach tego Pakietu:
 - 1) sumę ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość świadczeń,
 - 3) wysokość składki.
4. Do wniosku o otwarcie Pakietu SUPER GRUPA należy dołączyć:
 - 1) wnioski o zawarcie umów ubezpieczenia na warunkach określonych w Pakiecie SUPER GRUPA podpisane przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną,
 - 2) potwierdzenie opłacenia pierwszych składek przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną.

UMOWA UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy ubezpieczenia § 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu SUPER GRUPA, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach danego Pakietu SUPER GRUPA jest dokumentem potwierdzającym wolę zawarcia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na określonych warunkach (w tym określającym sumę ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia zgodne z danym Pakietem SUPER GRUPA), zawierającym podstawowe informacje o aktualnym stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz wskazującym Beneficjenta. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisany jest osobiście przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.
3. 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.
4. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.
5. Potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej oraz akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia stanowi podstawę do wystawienia polisy ubezpieczeniowej.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku w wyznaczonym terminie.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa § 5.

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

czas trwania umowy ubezpieczenia. § 6.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 36 miesięcy kalendarzowych.
2. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 36-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile:
 - 1) Ubezpieczony w dniu następującym po upływie 36-miesięcznego okresu będzie spełniał warunek wieku określony w definicji Ubezpieczonego wskazanej w § 1 ust. 2 OWU, tj. nie ukończy 64 roku życia oraz
 - 2) w terminie nie później niż 90 dni przed upływem każdego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia żadna ze stron umowy ubezpieczenia (Ubezpieczający lub Towarzystwo) nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia.
3. Nieprzedłużenie umowy ubezpieczenia na kolejny okres skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem bieżącego 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia. § 7.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia 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 z obowiązku wpłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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.

§ 8.

1. Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku wpłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego Pakietu SUPER GRUPA.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego Pakietu SUPER GRUPA.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 10.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SUPER GRUPA jest ustalana według następujących kryteriów:
 - 1) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 2) okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany na polisie ubezpieczeniowej.
6. Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:
 - 1) do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - 2) do ostatniego dnia miesiąca, za który została opłacona poprzednia składka - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
7. Za datę zapłaty składki przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
8. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
9. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8 powyżej, uważa się to za wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 6 powyżej.
10. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 12 OWU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 6 pkt 1) OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem 36-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - 2) z upływem terminu związanego z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem skuteczności odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
 - 4) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 9 OWU,
 - 5) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12.

1. W okresie ograniczonej odpowiedzialności (okresie karencji), Towarzystwo wypłaca świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku lądowego,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku lotniczego,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku wodnego,
 - 5) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) narodzin martwego Dziecka Ubezpieczonemu,
 - 8) zgonu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 powyżej, po upływie 3 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Dziecka Ubezpieczonego.
3. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej, po upływie 6 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:

- 1) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego powodującego osierocenie Dziecka,
 - 3) zgonu chorobowego Ubezpieczonego,
 - 4) wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - 5) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 6) zgonu Rodziców Ubezpieczonego,
 - 7) zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego.
4. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej oraz ust. 3 powyżej, po upływie 9 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu narodzin żywego Dziecka Ubezpieczonemu.
 5. Okresy ograniczenia odpowiedzialności, o których mowa w ustępach poprzedzających nie mają zastosowania w stosunku do ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był dany Ubezpieczony przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.
 6. Zniesienie ograniczeń odpowiedzialności na zasadach, o których mowa w ust. 5 powyżej, następuje pod warunkiem, że po objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa, na którą powołał się w celu zniesienia ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.
 7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5 powyżej:
 - 1) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności Towarzystwa oraz faktu jej wygaśnięcia,
 - 2) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był Ubezpieczony jest niższa od przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, to w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2-4 powyżej, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (karencja na różnicę świadczeń).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
 - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu (bez względu na przyczynę) lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 2) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych,
 - 5) popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 6) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków,
 - 7) chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, środków odurzających,
 - 8) samookaleczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) działania w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź w związku z nadużyciem leków.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) wystąpienia u Ubezpieczonego chorób infekcyjnych i zawodowych,
 - 2) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 3) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 4) gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 5) gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź w związku z nadużyciem leków.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (bez względu na przyczynę) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) leczenia chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 3) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 4) wystąpienia padaczki i leczenia jej następstw,

- 5) leczenia zaburzeń psychicznych i zachowania,
 - 6) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 7) pobytu obserwacyjnego, o ile nie był on spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 8) pobytu diagnostycznego,
 - 9) leczenia następstw skażenia jonizującego,
 - 10) leczenia następstw skażenia chemicznego niezwiązanego bezpośrednio ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - 11) ciąży, porodu lub usuwania ciąży (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu kobiet w ciąży, u których stwierdzono ciążę wysokiego ryzyka oraz kobiet z komplikacjami poporodowymi),
 - 12) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia lub wykonania zabiegu rekonstrukcji w wyniku leczenia onkologicznego),
 - 13) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 14) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, związanego z leczeniem następstw zdarzeń powstałych wyniku działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 15) pobytu rehabilitacyjnego, prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 16) pobytu sanatoryjnego lub uzdrowiskowego,
 - 17) leczenia następstw zdarzeń powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości,
 - 18) leczenia uzależnień oraz chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych,
 - 19) świadczeń zdrowotnych: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, opieki długoterminowej.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania na nowotwór złośliwy jest wyłączona w przypadku nowotworów:
- 1) białaczki limfatycznej i/lub limfoblastycznej,
 - 2) skóry, za wyjątkiem czerniaka (odpowiedzialność rozpoczyna się od 3 stopnia skali wg Clarka),
 - 3) nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych (wykazujących jedynie cechy wczesnego złośliwienia - in situ),
 - 4) nowotworów współistniejących z wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV).
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania w postaci śpiączki jest wyłączona w przypadku śpiączek wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 14.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2 i 3 poniżej, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zdecyduje inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, powodującego osierocenie Dziecka jest Dziecko (Dzieci) Ubezpieczonego.
4. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
5. 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 § 15.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Zawiadomienie o zajęciu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem do jednostki organizacyjnej Towarzystwa.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajęciu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
4. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 4 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 objętego zakresem ochrony,
 - 4) dokumenty wskazujące okoliczności zgonu chorobowego,
 - 5) dokumentacja potwierdzająca powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 6) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia,
 - 7) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 8) akt urodzenia Dziecka,
 - 9) akt urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.
5. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, Ubezpieczającego, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzenia dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.

6. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest po przedstawieniu zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia. Towarzystwo może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
7. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia umowy „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowi załącznik nr 1 do OWU.
8. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
9. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
10. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 9 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
13. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
14. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.
15. Jeżeli Ubezpieczony lub Beneficjent nie zgadza się z dokonanyimi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
16. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKŁADANIE REKLAMACJI § 16.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi, lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
 - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa 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, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamację 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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 18.

- osób uprawnionych do świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
- 2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
 11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
 12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:
 - 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),
 - 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie 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
§ 17.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 16 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 16 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 § 16 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.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Zarządu Towarzystwa do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust.1 pkt. 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku. Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr.16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
10. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
11. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl.
12. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
13. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

obowiązująca dla Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2019 r. lub w terminie późniejszym

Rodzaj uszkodzeń ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych - wymagające szycia):	
a) uszkodzenia powłok czaszki bliżny do 5 cm dł.	1%
b) uszkodzenia powłok czaszki bliżny powyżej 5 cm dł. - 10 cm dł.	2%
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn - w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5%
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8%
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni - powyżej 10 cm średnicy	10-20%
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgniębienia, szczeliny, fragmentacja)	1-7%
3. Ubytek w kościach czaszki:	
a) o średnicy do 2,5 cm	2%
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5%
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	8%
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15%
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10%
5. Porażenia i niedowłady połowicze:	
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100%
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60%
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35%
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
kończyna górna - wg skali Lovett'a	Prawa Lewa
0°	40% 30%
1 - 2°	30-35% 20-25%
3 - 4°	5-20% 5-15%
kończyna dolna - wg skali Lovett'a	
0°	40%
1 - 2°	30%
3 - 4°	5-15%
6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100%
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70%
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20%
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60%
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40%
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10%
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami - 3 napady w tygodniu i więcej	30-40%
b) padaczka z napadami - powyżej 2 na miesiąc	20-30%
c) padaczka z napadami - 2 i mniej na miesiąc	10-20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii - bez utrat przytomności	1-10%
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.	

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) ołepienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym - uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100%
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60%
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25%
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).	
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych - przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1%
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość - objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5%
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35-50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30%
d) afazja nieznaczniejszego stopnia	1-10%
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15%
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego	2-10%
b) nerwu błoczkowego	2%
c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5%
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:	
a) jednostronne	5%
b) obustronne	15%
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	
	1-9%
B. Uszkodzenia twarzy	
20. Uszkodzenia powłok twarzy - wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpeczenia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji - przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%

e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania - niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła - za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) - staw zekomy - zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytek języka:	
a) bez zaburzeń mowy i polykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i polykania - w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy - w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%
C. Uszkodzenia narządu wzroku	
27.	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:	
Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10) 0,9 (9/10) 0,8 (8/10) 0,7 (7/10) 0,6 (6/10) 0,5 (5/10) 0,4 (4/10) 0,3 (3/10) 0,2 (2/10) 0,1 (1/10) 0
1,0 (10/10)	0% 2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35%
0,9 (9/10)	2,5% 5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40%
0,8 (8/10)	5% 7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45%
0,7 (7/10)	7,5% 10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50%
0,6 (6/10)	10% 12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55%
0,5 (5/10)	12,5% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60%
0,4 (4/10)	15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65%
0,3 (3/10)	20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70%
0,2 (2/10)	25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80%
0,1 (1/10)	30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90%
0	35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100%
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40%
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyńki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka	
60°	0%	0%	35%	
50°	5%	15%	45%	
40°	10%	25%	55%	
30°	15%	50%	70%	
20°	20%	80%	85%	
10°	25%	90%	95%	
poniżej 10°	35%	95%	100%	
33. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			20-50%	
b) dwunosowe			10-20%	
c) jednoimiennie			20%	
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku			20%	
b) w obu oczach			35%	
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepodających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a	
b) w obu oczach			wg tabeli z poz. 27a	
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):				
a) w jednym oku			1-8%	
b) w obu oczach			5-12%	
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z poz. 27a	
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra - ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z poz. 27a i 32	
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia:				
a) jednostronny			30%	
b) obustronny			60%	
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2%	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
D. Uszkodzenia narządu słuchu				
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Powyżej 70 dB
Ucho lewe	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) rany małżowiny usznej - wymagające szycia			1%	
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)			2-5%	
c) utrata jednej małżowiny			15%	
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):				
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu			wg tabeli z poz. 42	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne			1-5%	
b) obustronne			6-10%	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):				
a) jednostronne			5-10%	
b) obustronne			11-20%	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)			wg tabeli z poz. 42	
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				

a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40%
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50%
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30%
b) dwustronne	20-60%
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5%
b) znaczne upośledzenie połknięcia lub artykulacji	6-15%
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	
	5-20%
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia	15-40%
b) z bezgłosem	50%
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10%
b) z niewydolnością oddechową - potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50%
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20%
b) odżywianie tylko płynami	21-40%
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45%
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ²) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego - oceniać według punktu 88 poniżej.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1%
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	
	1-5%
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber - zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone - zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową - w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	
	20-40%

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia - I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia - II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia - III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia - IV stopień wg NYHA	31-60%
64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji - po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia - z niewydolnością oddechową	15%
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu - nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie pozajelitowe	20%
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	
	3-10%
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennne uszkodzenie leczone operacyjnie - niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15%
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	
	50%
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych - utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu - leczone operacyjnie)	5%
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15%
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	
	20%
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	
	30%

76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji - leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji - potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	
	10-40%
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) - potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10%
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20%
80. Utrata prącia	
	40%
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	
	3-15%
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5%
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10%
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowna powyżej 15°)	3-5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	11-20%
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	6-10%
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:	
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia operacyjne)	11-20%
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	

a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%	
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%	
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:		
	5%	
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%	
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającą poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%	
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającą poruszanie się o jednej lasce	20-40%	
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80%	
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60%	
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20%	
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%	
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%	
K. Uszkodzenia miednicy		
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a) leczone zachowawczo	3-5%	
b) leczone operacyjnie	6-10%	
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5%	
b) w odcinku przednim obustronnie	8%	
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaing'e'a) bez przemieszczenia	10%	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaing'e'a) z przemieszczeniem - leczone operacyjnie	15%	
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):		
a) I stopnia	4-6%	
b) II stopnia	7-10%	
c) III stopnia	11-15%	
d) IV stopnia	16-30%	
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):		
a) jednomiejscowe	3%	
b) wielomiejscowe	5%	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).		
	Prawa	Lewa
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2%	1%
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramienno-łopatkowym	15%	12%
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3%	2%
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6%	4%
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9%	7%
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
	10%	8%

101. Zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2%	1%
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8%	6%
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	4%	3%
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego - uszkodzenie mięśni rotatorów, zwinięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2%	1%
b) zwinięcia wymagające repozycji przez lekarza	3%	2%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	10%	8%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20%	15%
104. Zastarzałe nieodprowadzone zwinięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25%	5-20%
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji	20%	15%
Uwaga: Staw wiótki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18%	15%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25%	20%
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	5%	5%
108. Utrata kończyny w barku	70%	65%
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75%	70%
110. Złamanie trzonu kości ramiennej - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15%	12%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%	
b) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%	
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / bez ograniczenia ruchomości)	2-3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5%	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójkątowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego - złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwinięcia wymagające repozycji przez lekarza	4%	3%

c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15%	12%
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy - w zależności od stopnia wiótkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi <10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5%	+5%
118. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2%	1%
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3%	2%
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6%	5%
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	8-16%	6-12%
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
120. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
NADGARSTEK		
121. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3%	2%
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5%	4%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka - w zależności od charakteru kikutu i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
		5%
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródreżca:		
a) I lub II kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	2%	
- z przemieszczeniem	3%	
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia	1%	
- z przemieszczeniem	2%	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródreżca (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	1%	

b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
KCIUK		
127. Utraty w obrębie kciuka:	Prawa	Lewa
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8%	7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego - poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	12%	10%
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	17%	15%
128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4%	3%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	7%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10%	12%
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
PALEC WSKAZUJĄCY		
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6%	5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8%	7%
e) utrata trzech paliczków	12%	10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%	15%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5%	4%
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8%	7%
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) utrata części paliczka		1%
b) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek		2%
c) palca piątego - za każdy paliczek		1,5%
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca		+4%
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%		1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%		2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%		3%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		4%
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
STAW BIODROWY		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej		60-70%
135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp. - oceniać wg punktu 140 poniżej		
136. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		31-40%
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekłtarzowych i podkłętarzowych, złamań krętarzy itp.) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
138. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
UDO	
139. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) - w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10%
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40%
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.	
144. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70%
KOLANO	
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw - w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm, ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek - w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscetomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni >2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%

e) zwłknięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwłknięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu do 120° dla zgięcia.	
147. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm, ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	
+5%	
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	
2%	
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa - zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) - leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwłknięcia, ran wymagających szycia - pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy - w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwłknięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego - w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi - wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12%

156. Utrata kości piętowej lub kostkowej - w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:		
a) częściowa - powyżej 30%	10%	
b) całkowita	20%	
157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
5%		
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające - w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości		
45%		
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		
35%		
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka		
25%		
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta		
10-15%		
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		
8-15%		
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części - ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		
3-10%		
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		
3-5%		
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - za każdy palec		
0,5%		
N. Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5%	
n) nerwu zasłonowego	2-8%	
o) nerwu udowego	2-15%	

p) nerwów poślądkowych (górnego i dolnego)	2-8%
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego - (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5%

Uwaga: Według pozycji 172 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

173. Zawały mięśnia serca pełnościenne:

a) ściana przednia	10%
b) ściana dolna	10%
c) ściana boczna	10%
d) ściana tylna	10%
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15%
f) koniuszek serca	5%
g) zawał podwsięrdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

174. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:

a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczący twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowiczne	5%
j) niedowidzenie obustronne	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2,5%

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/01/2019 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 25 stycznia 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2019 r.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tariski
Członek Zarządu

SUPER GRUPA

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1018

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie Super Grupa o symbolu BRP-1018 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych ogólnych warunków z dniem 1 maja 2021 r. lub dniem późniejszym:

1. w § 1 dodaje się ust. 24 w brzmieniu:

„24. **Choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.”

2. w §2:

1) ust. 2 pkt 1) otrzymuje brzmienie:

„1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej): 100%,”

2) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące przedpłatę na poczet świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 300.000 PLN. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.

6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.”

3. w §10 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki w dotychczasowej wysokości.”

4. § 12 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 powyżej, po upływie 3 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:

- 1) zgonu Ubezpieczonego,
- 2) zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej,
- 3) zgonu Dziecka Ubezpieczonego.”

5. w §13 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej jest wyłączona w przypadku gdy:

- 1) Choroba śmiertelna powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku odpowiedzialności,
- 2) wystąpienie Choroby śmiertelnej jest wynikiem chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub zatrucia spowodowanego spożyciem tych substancji lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.”

6. w §15 ust. 4 dodaje się pkt 10) w brzmieniu:

„10) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępnie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, jednego lekarza specjalisty lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy.”

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 24/03/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 marca 2021 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

SUPER GRUPA

ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1018

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie Super Grupa o symbolu BRP-1018 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r.:

1. po § 17 dodaje się § 17a. o następującym brzmieniu:

„§ 17a. DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

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

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 1 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r.
3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 21/07/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 lipca 2022 r. wchodzi w życie z dniem 27 lipca 2022 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 września 2022 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ
DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-1118**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4-8, § 9, § 10

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1118

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1118 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej w ramach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

- Ilekrót w OWDU użyto określenia:

- Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie Ogólnych Warunków Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA (dalej: OWU).
- Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane.
- Nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz 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).
- Rehabilitacja** – rozumie się przez to konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie okresu pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego, zaś w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS po upływie 180 dni pobierania zasiłku chorobowego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w dalszym ciągu ten zasiłek chorobowy pobiera. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację w rozumieniu OWDU, wymaganym będzie przedstawienie decyzji, wydanej przez odpowiedni podmiot o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub odpowiednio przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego oraz dokumentacji potwierdzającej bezpośredni związek przyczynowy rehabilitacji z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku.
- Trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję.
- Zawał serca** – rozumiany jako martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamiennym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzonej w badaniu USG kinezy ściany mięśnia sercowego.
- Udar mózgu** – rozumiany jako nagły incydent mózgowo-naczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podopajęczynkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.
- Leczenie szpitalne** – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków.
- Dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
- Operacja chirurgiczna** – rozumie się przez to zabieg chirurgiczny wymieniony w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik nr 1 do OWDU, wykonany w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, wykonany w szpitalu przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
 - operacja chirurgiczna metodą otwartą** – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą laparoskopową** – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności określone w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą zamkniętą** – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyńowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w Wykazie operacji chirurgicznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana Operacja chirurgiczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za Operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową.

- 51) Specjalistyczne leczenie** – rozumie się przez to następujące rodzaje leczenia, których przyczyną wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - chemioterapia** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytotatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania chemioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
 - radioterapia** – rozumiana jako metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania chemioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
 - wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przerwania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstoskurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera/defibrylatora za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstoskurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
 - wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora)** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrod/ły do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka. Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby węzła zatokowego, intensywne leczenie tachykardii),
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
 - ablacja** – rozumiana jako metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przezskórnym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, krioplikację, ultradźwięki, laser). Dla uznania ablacji za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania ablacji,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu ablacji,
 - dializoterapia** – rozumiana jako zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia niewydolności nerek, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa,
 - zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa,
 - terapia interferonowa** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia ZWV typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego.

- 12) sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucja na deskorolkach, żyworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 13) nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.

- Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

§ 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na wypłacie osobie uprawnionej do świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.

2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
- 1) z tytułu Rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie w wysokości: 2.000 PLN,
 - 2) z tytułu Leczenia szpitalnego – świadczenie apteczne w wysokości: 100 PLN, na zakup niezbędnych leków, płatne zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej,
 - 3) z tytułu poddania Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, która przeprowadzona została podczas pobytu w szpitalu, trwającego minimum 3 dni Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie według następujących zasad:
 - a) w przypadku Operacji chirurgicznej I klasy: 800 PLN,
 - b) w przypadku Operacji chirurgicznej II klasy 50%: świadczenia określonego w ppkt a) powyżej,
 - c) w przypadku Operacji chirurgicznej III klasy 25%: świadczenia określonego w ppkt a) powyżej.

Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą Operację chirurgiczną spośród wykonanych,
 - 4) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Specjalistycznego leczenia – świadczenie w wysokości: 800 PLN,
 - 5) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni świadczenie w wysokości: 50 PLN,
 - 6) z tytułu powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu świadczenie w wysokości: 50 PLN.
3. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez Towarzystwo.
4. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu na OIOM wynosi 14 dni.
5. Odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Specjalistycznego leczenia polega na wypłacie przez Towarzystwo określonego świadczenia w przypadku:
- 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 3) wszczęcia kardiowertyera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 - 4) pierwszorazowego podłączenia dializatora do przetoki tętniczo-żylny lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Leczenia szpitalnego jest ograniczona do:
- 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym rocznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
7. Odpowiedzialność z tytułu powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem Zawału serca lub Udaru mózgu, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.

UMOWA DODATKOWA warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 3.

Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej, jeżeli Umowa Podstawowa zawarta została na warunkach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej § 4.

Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa jednocześnie z wnioskiem o zawarcie Umowy Podstawowej.

§ 5.

Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej § 6.

Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej wskazany w polisie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 7.

1. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 8.

1. Z zastrzeżeniem § 9 OWU odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, za który wpłacona została pierwsza składka, pod warunkiem że pierwsza składka została wpłacona w terminie, określonym w OWU Umowy Podstawowej dla zapłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej.

KARENCAJA § 9.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu,
 - 3) poddania Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, będącej wynikiem Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) Rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) z tytułu Leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:
 - 1) w przypadku gdy: pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego lub pobyt w szpitalu skutkujący Leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego nastąpiły z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek - 6 miesięcy,
 - 2) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Specjalistycznego leczenia - 3 miesiące.
3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 10

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: poddania Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, Rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień,
 - 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 4) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 5) działań Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących sportów: sporty lotnicze, sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poddania Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej:
 - 1) w wyniku usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 2) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
 - 3) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, innych środków odurzających, nadużyciem leków,
 - 4) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 5) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 6) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po zawarciu Umowy Dodatkowej lub choroby wykrytej po zawarciu Umowy Dodatkowej,
 - 7) związanej z leczeniem bezpłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
 - 8) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - 9) implantowania zębów,
 - 10) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - 11) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM lub leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw skażenia jonizującego lub chemicznego, następstw powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości, następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 3) wystąpienia padaczki i leczeniu jej następstw,
 - 4) pobytu rehabilitacyjnego,
 - 5) pobytu w ramach prewencji rentowej.
5. W stosunku do zdarzeń: Leczenie szpitalne i pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM odpowiednie zastosowanie mają również wyłączenia odpowiedzialności wskazane w Umowie Podstawowej w zakresie dotyczącym odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 11.

Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 12.

1. W przypadku świadczenia wynikającego z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia OWU, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami potrzebnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie Podstawowej, są:
 - 1) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony,
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 3) dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego,
 - 4) dokumenty potwierdzające powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 5) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu, a powstaniem Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 6) dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia – w przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 7) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj Operacji chirurgicznej.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13.

1. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
2. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

UKŁAD NERWOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I		
Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I		
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	I		
Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II		
Wszczepienie stymulatora mózgu	II		
Wentrykulostomia	II		
Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II		
Przeszczep nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II		
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I		
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I		
Usunięcie zmiany opony mózgu	I		
Rekonstrukcja opony twardej	I		
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I		
Drenaż przestrzeni podołonowej	I		
Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I		
Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I		
Wycięcie nerwu obwodowego	III		
Zniszczenie nerwu obwodowego	III		
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III		
Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II		
Sympatektomia szyjna	II		
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie przysadki mózgowej	I		
Zniszczenie przysadki mózgowej	II		
Operacja szyszynki	I		
Wycięcie tarczycy całkowite	II		
Wycięcie tarczycy częściowe	III		
Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II		
Wycięcie tarczycy językowej	II		
Wycięcie przytarczyc	II		
Wycięcie grasicy	II		
Wycięcie nadnercza	II		
Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II		
Całkowite wycięcie sutka	II		
Wszczepienie protezy piersi	II		
Wycięcie zmiany sutka	III		
Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III		
OKO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie gałki ocznej	II		
Usunięcie zmiany oczodołu	II		
Protezowanie gałki ocznej	III		
Rewizja protezy gałki ocznej	III		
Operacyjna plastyka oczodołu	II		
Nacięcie oczodołu	III		
Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III		
Usunięcie zmiany powieki	III		
Wycięcie nadmiaru powieki	III		
Rekonstrukcja powieki	III		
Korekcja deformacji powieki	III		
Korekcja opadania powieki	II		
Nacięcie powieki	III		
Ochronne zszycie szpary powiekowej	III		
Operacja gruczołu łzowego	III		
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II		
Operacja kanału łzowego	III		
Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II		
Repozycja mięśnia okoruchowego	II		
Usunięcie mięśnia okoruchowego	II		
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II		
Usunięcie zmiany spojówki	III		
Operacja naprawcza spojówki	III		
Nacięcie spojówki	III		
Wycięcie zmiany rogówki	III		
Plastyka rogówki	II		
Operacja naprawcza rogówki	III		
Nacięcie rogówki	III		
Usunięcie zmiany twardówki	III		
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II		
Nacięcie twardówki	III		
Wycięcie tęczówki	III		
Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II		
Nacięcie tęczówki	III		
Usunięcie ciała rzęskowego	II		
Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II		
Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II		
Nacięcie torebki soczewki oka	III		
Wprowadzenie sztucznej soczewki	II		
Operacja ciała szklistego	II		
Zniszczenie zmiany siatkówki	III		
UCHO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie ucha zewnętrznego	II		
Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III		
Plastyka ucha zewnętrznego	II		
Drenaż ucha zewnętrznego	III		
Otwarcie wyrostka sutkowatego	II		
Operacja naprawcza błony bębenkowej	III		
Drenaż ucha środkowego	III		
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II		
Usunięcie zmiany ucha środkowego	II		
Operacja trąbki Eustachiusza	II		
Operacja ślimaka	I		
Operacja aparatu przedsionkowego	II		
UKŁAD ODDECHOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie nosa	II		
Plastyka nosa	II		
Operacja przegrody nosa	III		
Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III		
Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III		
Operacja nosa zewnętrznego	III		
Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III		
Operacja zatoki czołowej	III		
Operacja zatoki klinowej	III		
Operacja zatoki nosa	III		
Wycięcie gardła	II		
Operacja naprawcza gardła	II		
Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II		
Wycięcie krtani	II		
Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II		
Rekonstrukcja krtani	I		
Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	II		
Częściowe wycięcie tchawicy	I		
Plastyka tchawicy	II		
Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II		
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III		
Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II		
Częściowe usunięcie oskrzela	II		

Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Przeszczep płuca	I
Wycięcie płuca	I
Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie wargi	III
Usunięcie zmiany wargi	III
Korekcja deformacji wargi	II
Wycięcie języka	II
Usunięcie zmiany języka	III
Nacięcie języka	III
Usunięcie zmiany podniebienia	III
Korekcja deformacji podniebienia	II
Wycięcie migdałków	III
Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
Wycięcie ślinianki	III
Usunięcie zmiany ślinianki	III
Nacięcie gruczołu ślinowego	III
Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
Podwiązanie przewodu ślinowego	III
Poszerzenie przewodu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie przełyku i żołądka	I
Całkowite wycięcie przełyku	I
Częściowe wycięcie przełyku	II
Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
Zespolenie omijające przełyku	I
Rewizja zespolenia przełyku	II
Operacja naprawcza przełyku	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	II
Nacięcie przełyku	II
Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	III
Operacja naprawcza przeponki przeponowej	II
Operacja antyrefluksowa	III
Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
Całkowite wycięcie żołądka	I
Częściowe wycięcie żołądka	II
Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
Operacja plastyczna żołądka	II
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
Zespolenie żołądkowo-czczce	II
Gastrostomia	III
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
Pyloromyotomia	II
Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
Wycięcie dwunastnicy	II
Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające dwunastnicy	II
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II
Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
Wycięcie jelita czczego	II
Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
Jejunostomia	II
Zespolenie omijające jelita czczego	II

Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
Wycięcie jelita krętego	II
Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
Zespolenie omijające jelita krętego	II
Rewizja zespolenia jelita krętego	II
Wytworzenie ileostomii	II
Rewizja ileostomii	II
Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
Całkowite wycięcie okrężnicy	I
Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
Resekcja poprzecznicy	II
Lewostronna hemikolektomia	II
Wycięcie esicy	II
Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające okrężnicy	II
Wytonienie jelita ślepego	II
Nacięcie okrężnicy	II
Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	III
Wycięcie odbytnicy	I
Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
Wycięcie odbytu	II
Wycięcie zmiany odbytu	III
Zniszczenie zmiany odbytu	III
Operacja naprawcza odbytu	II
Wycięcie hemoroidów	III
Zniszczenie hemoroidów	III
Drenaż przez okolicę krocza	III
Wycięcie zatoki włosowej	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep wątroby	I
Częściowe wycięcie wątroby	I
Usunięcie zmiany wątroby	I
Nacięcie wątroby	III
Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
Zespolenie przewodu wątrobowego	I
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
Nacięcie przewodu żółciowego	II
Przeddwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Przeddwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III

Przeszczep trzustki	I
Całkowite wycięcie trzustki	I
Wycięcie głowy trzustki	I
Usunięcie zmiany trzustki	II
Zespolecie przewodu trzustkowego	I
Otwarty drenaż zmiany trzustki	II
Nacięcie trzustki	II
Całkowite wycięcie śledziony	II
SERCE	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep płuc i serca	I
Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	I
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
Plastyka przedsionka serca	I
Walwuloplastyka mitralna	I
Walwuloplastyka aortalna	I
Plastyka zastawki trójdzielnej	I
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
Rewizja plastyki zastawki serca	I
Otwarta walwulotomia	I
Zamknięta walwulotomia	I
Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	II
Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
Otwarta koronaroplastyka	I
Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej ze wszczepieniem stentu	II
Otwarta operacja układu bódźcoprzewodzącego serca	I
Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
Inny stały sposób stymulacji serca	I
Wycięcie osierdzia	I
Drenaż osierdzia	II
Nacięcie osierdzia	II
NACZYNNIA TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE	
Nazwa procedury	Klasa
Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
Przezskórna operacja tętnicy płucnej	II
Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
Plastyka aorty	I
Przeznaczeniowa operacja aorty	II
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I

Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
Wycięcie innej tętnicy	III
Operacja naprawcza innej tętnicy	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
Zespolecie tętniczo-żylnie	III
Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	III
UKŁAD MOCZOWY	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep nerki	II
Całkowite wycięcie nerki	II
Częściowe wycięcie nerki	II
Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
Nacięcie nerki	II
Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
Operacja nerki przez nefrostomię	III
Wycięcie moczowodu	II
Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
Reimplantacja moczowodu	II
Operacja naprawcza moczowodu	II
Nacięcie moczowodu	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Powiększenie pęcherza	II
Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	III
Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Brzuszną plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
Wycięcie cewki moczowej	II
Operacja naprawcza cewki moczowej	II
Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Usunięcie moszny	III
Obustronne wycięcie jąder	II
Usunięcie jednego jądra	III
Usunięcie zmiany jądra	III
Obustronne sprowadzenie jąder	II
Protezowanie jądra	III
Operacja wodniaka jądra	III
Operacja najądrza	III
Wycięcie nasieniowodu	III
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
Operacja pęcherzyków nasiennych	II
Amputacja prącia	II
Usunięcie zmiany prącia	III
Operacja plastyczna prącia	III
Protezowanie prącia	III

Operacja napletka	III
ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja lechtaczki	III
Operacja gruczołu Bartholina	III
Wycięcie sromu	II
Wycięcie zmiany sromu	III
Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
Wycięcie pochwy	III
Nacięcie zrostów pochwy	III
Usunięcie zmiany pochwy	III
Operacja plastyczna pochwy	III
Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
Plastyka sklepienia pochwy	III
Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
Wycięcie szyjki macicy	III
Zniszczenie zmiany szyjki macicy	III
Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
Usunięcie zmiany macicy metodą endoskopową	III
Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
Częściowe wycięcie jajowodu	III
Wszczepienie protezy jajowodu	III
Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
Nacięcie jajowodu	II
Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
Częściowe wycięcie jajnika	III
Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
Operacja naprawcza jajnika	III
Pobranie komórki jajowej	III
Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
Operacja więzadła szerokiego macicy	III
Operacja innego więzadła macicy	III
SKÓRA	
Nazwa procedury	Klasa
Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	III
Przeszczep płata skóry owłosionej	III
Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
Przeszczep płata śluzówki	III
Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
Przeszczep śluzówki	III
Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
TKANKI MIĘKKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
Wycięcie oplucnej metodą otwartą	II
Operacja terapeutyczna oplucnej przy użyciu endoskopu	III
Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
Plastyka przepukliny pępkowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III

Operacja dotycząca pępka	III
Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	III
Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
Operacja dotycząca sieci	III
Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
Przeszczep powięzi	III
Wycięcie powięzi brzucha	III
Usunięcie zmiany powięzi	III
Operacja kaletki	III
Przełożenie ścięgna	III
Wycięcie ścięgna	III
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
Uwolnienie ścięgna	III
Zmiana długości ścięgna	III
Wycięcie pochewki ścięgna	III
Przeszczep mięśnia	II
Wycięcie mięśnia	III
Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	III
Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
Drenaż zmiany węzła chłonnego	III
Operacja przewodu limfatycznego	II
Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III
KOŚCI ORAZ STAWY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza czaszki	II
Otwarcie czaszki	I
Wycięcie kości twarzy	III
Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
Wycięcie żuchwy	II
Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	II
Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
Całkowite wycięcie kości	III
Wycięcie kości ektopowej	III
Usunięcie zmiany nowotworowej kości	II
Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
Rozdzielenie trzonu kości	II
Rozdzielenie kości stopy	III
Drenaż kości	III
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II

Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	III
Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	III
Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
Protezowanie ścięgna	III
Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
Uwolnienie przykurczu stawu	III
Operacja struktur okołostawowych palucha	III
Terapeutyczna artroskopia stawu	III
RÓŻNE	
Nazwa procedury	Klasa
Reimplantacja kończyny górnej	II
Reimplantacja kończyny dolnej	II
Reimplantacja innego narządu	II
Wszczepienie protezy kończyny	I
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
Amputacja palucha	III



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA
BRP-1218**

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

SUPER GRUPA

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1218

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1218 (dalej: OWUIK) mają zastosowanie do umów Indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej: umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia) zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

1. Ilekroć w niniejszych OWUIK użyto określenia:
 - 1) **Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z Towarzystwem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składek.
 - 2) **Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową, w rozumieniu OWUIK Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
 - 3) **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
 - 4) **suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWUIK 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).
 - 6) **wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - 7) **wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - 8) **wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
 - 9) **rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
 - 10) **okres polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia; okresem polisowym, o którym mowa wyżej, w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek, może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok.
 - 11) **ubezpieczenie na życie SUPER GRUPA** – oferowane przez Towarzystwo w formule grupowej lub zbiorowej ubezpieczenie SUPER GRUPA zawierane na podstawie ogólnych warunków otwartego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GRUPA lub zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.
 - 12) **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne - jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe - freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne - ewolucje na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
 - 13) **nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta.
2. Pojęcia używane w OWUIK i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej, świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.

2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA:

- 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego: 50%,
- 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 100%,
- 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- 4) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- 5) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%.

UMOWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 3.

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony ukończył wiek wskazany w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA, jako skutkujący względem tego Ubezpieczonego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA, co najmniej 5 lat w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i należna za niego składka z tego tytułu została opłacona,
 - 3) Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłacił z tego tytułu pierwszą składkę ubezpieczeniową.

zasady zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 4.

1. Umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinien być złożony nie później niż do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA wygasa ze względu na ukończenie przez niego określonego w tej umowie wieku. Po upływie tego terminu prawo do złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
3. We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający określa sposób opłacania składek.
4. We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wskazania Beneficjenta.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa

§ 5.

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

czas trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 6.

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy.
2. W przypadku, gdy nie później niż 30 dni przed dniem zakończenia 5 letniego okresu ubezpieczenia, żadna ze stron umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub Towarzystwo nie złoży propozycji przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na zmienionych warunkach, ulega ona przedłużeniu na kolejny 5-letni okres na warunkach dotychczasowych.
3. Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres.

odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

§ 7.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia.
2. O odstąpieniu od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.

3. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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 indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia **§ 8.**

1. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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.

SUMA UBEZPIECZENIA **§ 9.**

Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI **§ 10.**

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk ustalana jest według następujących kryteriów:
 - 1) suma ubezpieczenia,
 - 2) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 3) wiek Ubezpieczonego.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia określa sposób opłacania składki:
 - 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na wskazany przez Towarzystwo numer rachunku bankowego.
7. Pierwsza składka ubezpieczeniowa za Ubezpieczonego płatna jest do dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
8. Każda kolejna składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wystąpić do Towarzystwa z pisemnym wnioskiem o zmianę sposobu opłacania składki ubezpieczeniowej.
10. Nowy sposób opłacania składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszej rocznicy polisy następującej po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 9 powyżej.
11. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając, dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
12. Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 8 powyżej.
13. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI **§ 11.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w dniu otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia,
 - 3) z upływem 5-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku nieprzedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - 4) w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 12 OUWIK,
 - 5) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI **§ 12.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego przez Ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
 - 5) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 6) uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) sportów ekstremalnych.
 - 7) popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA,
 - 8) zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkujących uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej,
 - 9) działania/zaniechania w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
 - 10) samookaleczenia.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ **§ 13.**

1. Uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest Beneficjent.
2. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona 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 **§ 14.**

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, umowy 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 lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem do jednostki organizacyjnej Towarzystwa.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
4. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, 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 wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego (notatka policyjna, postanowienie prokuratury wraz z uzasadnieniem, protokół wypadkowy),
 - 4) prawo jazdy Ubezpieczonego,
 - 5) dokument tożsamości osoby uprawnionej.
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.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
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 w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

10. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
11. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
13. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKŁADANIE REKLAMACJI § 15.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi, lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamującą należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
 - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa 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, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Beneficjentów oraz osób uprawnionych do świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - 2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:
 - 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),
 - 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie 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 § 16.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 15 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 15 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 § 15 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 § 17.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWUIK.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUIK mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
10. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
11. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl.
12. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
13. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

SUPER GRUPA

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1218

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie Super Grupa o symbolu BRP-1218 zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r.:

1. po §16 dodaje się § 16a. o następującym brzmieniu:

„§ 16a. DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

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

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 1 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r.
3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 21/07/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 lipca 2022 r. wchodzi w życie z dniem 27 lipca 2022 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 września 2022 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

PAKIET USŁUG ASSISTANCE

REGULAMIN uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

Regulamin uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”

1. Organizatorem Programu „Pakiet Usług Assistance” jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie adres: Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000043309, NIP 527-20-52-806, kapitał zakładowy 224 263 746,00 zł, opłacony w całości.
2. Uczestnikami Programu „Pakiet Usług Assistance” mogą być wyłącznie osoby ubezpieczone w ramach umowy:
 - 1) grupowego ubezpieczenia na życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA, której zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+, której zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje ryzyko rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) ubezpieczenia na życie SENIOR,
 - 4) ubezpieczenia na życie VIP,
 - 5) ubezpieczenia na życie VIP PLUS.
3. Warunkiem uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest wyrażenie przez Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 2, pisemnej zgody na uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” poprzez złożenie stosownego oświadczenia w deklaracji zgody / wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance”:
 - 1) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 1) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Gwarancja, którego treść stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
 - 2) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 2) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Super Grupa lub Grupa+, którego treść stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
 - 3) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 3) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej Senior, którego treść stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
 - 4) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 4) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej VIP, którego treść stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.
 - 5) objęci ochroną w ramach umów, o których mowa w pkt 2 ppkt 5) nabywają prawo do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” dla Umowy Podstawowej VIP PLUS, którego treść stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
5. Prawo do korzystania z usług Programu „Pakiet Medyczny” posiadają również Małżonkowie Uczestników, o których mowa w pkt 2.
6. Uczestnictwo w Programie „Pakiet Usług Assistance” jest bezpłatne.
7. Uczestnicy Programu „Pakiet Usług Assistance” mają prawo korzystać z usług assistance od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło prawidłowe, za dany miesiąc rozliczenie umowy ubezpieczenia uprawniającej do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance”, zgodnie z postanowieniami pkt 2.
8. Prawo Uczestnika do udziału w Programie „Pakiet Usług Assistance” wygasa w dniu ustania warunku uprawniającego go do uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance”, o którym mowa w pkt 2 niniejszego Regulaminu.
9. Program „Pakiet Usług Assistance” obowiązuje od dnia 1 listopada 2019 roku do dnia jego odwołania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z zastrzeżeniem, iż szczegółowe warunki świadczenia usług względem Uczestników Programu „Pakiet Usług Assistance” określają warunki danego pakietu usług obowiązujące w dniu, w którym względem poszczególnych Uczestników rozpoczyna się ich uprawnienie do korzystania z usług assistance zgodnie z postanowieniami pkt 7.
10. Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w treści niniejszego Regulaminu.
11. O dokonanych, w treści niniejszego Regulaminu, zmianach wpływających na warunki Programu „Pakiet Usług Assistance”, bądź zakończeniu Programu „Pakiet Usług Assistance” Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group poinformuje pisemnie Ubezpieczonych:
 - a) bezpośrednio lub
 - b) za pośrednictwem Ubezpieczającego w przypadku umów, w których Ubezpieczony nie jest jednocześnie Ubezpieczającym.
12. Dokonanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group powyższych zmian bądź odwołanie Programu „Pakiet Usług Assistance” nie wymaga zgody jego Uczestników.
13. W przypadku zmian treści niniejszego Regulaminu lub odwołania Programu „Pakiet Usług Assistance” Ubezpieczonym przysługuje prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia.
14. Aktualnie obowiązująca treść Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usług Assistance” oraz załączników nr 1, 2, 3, 4 i 5 do tego Regulaminu dostępna jest również na stronie internetowej Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group pod adresem www.compensa.pl.

§ 1. DEFINICJE

1. **Ubezpieczony** - osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego;
2. **Ubezpieczający** - Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group;
3. **Ubezpieczyciel** - Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA;
4. **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych;
5. **Umowa podstawowa** - zawarta z Ubezpieczającym umowa ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA lub GRUPA+;
6. **Miejsce zamieszkania** - lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny pod adresem zamieszkania albo adresem korespondencyjnym Ubezpieczonego, pod warunkiem, że adres ten znajduje się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
7. **Miejsce pobytu** - adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, który wskazał Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgłaszając do Centrum Pomocy prośbę o pomoc;
8. **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione, w wieku do 18 lat;
9. **Osoba niesamodzielna** - osoba, która zamieszkuje z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i z powodów zdrowotnych nie jest zdolna do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego;
10. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie, które miało miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie, którego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
11. **Choroba** - reakcja organizmu, która miała miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
12. **Choroba przewlekła** - stan chorobowy zdiagnozowany lub będący w trakcie diagnozowania przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, za chorobę przewlekłą uważa się też chorobę stale lub okresowo poddawaną leczeniu ambulatoryjnemu albo będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed datą rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej;
13. **Lekarz uprawniony** - lekarz – konsultant Centrum Alarmowego;
14. **Lekarz prowadzący** - lekarz, odpowiedzialny za proces leczenia Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
15. **Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
16. **Rodzic Małżonka Ubezpieczonego** - rodzic Małżonka Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego;
17. **Rodzic Ubezpieczonego** - rodzic Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
18. **Sprzęt rehabilitacyjny** - sprzęt zalecony przez lekarza prowadzącego, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
19. **Okres odpowiedzialności** - okres, w którym Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego ma prawo korzystać z usług assistance, wskazanych w paragrafie 3., rozpoczynający się w dniu zgłoszenia danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego do programu „Pakiet Usług Assistance” oraz kończący w dniu, w którym Ubezpieczający zgłosił Ubezpieczycielowi wystąpienie danego Ubezpieczonego z programu.

§ 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego w zakresie określonym w paragrafie 3.

§ 3. Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu

1. Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - 1) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
 - 2) pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca pobytu do kwoty 300 PLN w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
 - 3) transport medyczny z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia
 - skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 4) dostarczenie rzeczy osobistych - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby przebywa w szpitalu dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia pokrycie kosztów przesłania kurierem rzeczy osobistych z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do placówki medycznej. Koszty świadczenia są pokrywane do kwoty 150 PLN na każde zdarzenie;
 - 5) przyjazd członka rodziny - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest hospitalizowany dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe I klasy) oraz zakwaterowanie w hotelu. Koszty wyżej wymienionych świadczeń są pokrywane do łącznej kwoty 300 PLN na każde zdarzenie;
 - 6) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 7) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 8) pomoc domową oraz pielęgnarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy stwierdzonej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt rehabilitanta w domu do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) organizacja wypożyczenia oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- Ubezpieczyciel:
- a) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 11) pomoc psychologa - jeżeli na skutek zdarzeń losowych takich jak:
 - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
 - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
 - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego oraz Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
 - d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa.
 - 12) wizyta lekarska w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 13) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego.
2. Wszystkie wymienione powyżej usługi świadczone są do kwoty 1600 PLN oddzielnie dla Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego z zastrzeżeniem, że limity wymienione w pkt 2.4,5,8, 9 i 10. zawierają się w tej kwocie. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 1, decyduje lekarz uprawniony.
 4. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego:
 - informację o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - informację o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;

- informację o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- informację o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- informację o dietach, zdrowym żywności;
- dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem
- uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.

5. Tabela (limity świadczeń):

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	Zakres	Limity	Uprawniony do świadczenia	
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do łącznego limitu	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek	
	Pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do 300 PLN		
	Transport medyczny z miejsca zamieszkania do Placówki medycznej	do łącznego limitu		
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami			
	Transport medyczny z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania			
	Dostarczenie rzeczy osobistych	do 150 PLN		
	Przyjazd Członka rodziny	do 300 PLN		
	Pomoc domowa oraz pielęgnarska	do 500 PLN		
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	Zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyty fizjoterapeuty w domu do 600 PLN		Zorganizowanie oraz pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 PLN
		Zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 PLN		
Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	Pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 PLN			
Trudna sytuacja losowa	Pomoc psychologa	do łącznego limitu		
Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska			
	Wizyta pielęgnarska			
Na życzenie	Infolinia medyczna	Nie dotyczy		
	Infolinia informacyjna	Nie dotyczy		

§ 4. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - a) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
 - 1) kosztów poniesionych w wyniku zdarzeń zaistniałych przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego);
 - 3) kosztów powstałych z tytułu i w bezpośrednim następstwie:
 - a) popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny Skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Wykroczeń (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego);
 - b) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub próby popełnienia samobójstwa podjętej przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich poczytalności;
 - c) katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
 - d) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;

- e) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - f) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowoszczękowego;
 - g) leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją: wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
 - h) pozostawiania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - i) chorób psychicznych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - j) chorób przewlekłych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
 - k) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi oraz rajdy samochodowe i motocyklowe;
 - l) poddania się przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza prowadzącego;
 - m) zachorowania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - n) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub osób działających z ich upoważnienia i/lub w ich imieniu; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba, że umowa lub warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5. Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego

1. W razie zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego jest obowiązany niezwłocznie zgłosić się telefonicznie pod numer telefonu w Warszawie: 22 295 82 01 do Centrum Alarmowego i podać następujące informacje:
 - 1) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony / Małżonek Ubezpieczonego),
 - 2) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
 - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
 - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Alarmowego do realizacji usług assistance.
2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
3. Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego.

§ 6. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i 3. Wypowiedzenie umowy nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy. Od pierwszego dnia czwartego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostało złożone, przez którąkolwiek ze Stron, oświadczenie o wypowiedzeniu umowy, Ubezpieczający zobowiązany jest do zaprzestania zgłaszania do Umowy Ubezpieczenia osób objętych przez Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+.
2. Dla osób zgłoszonych do ubezpieczenia, przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
3. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, którymi Ubezpieczyciel posługuje się przy jej realizacji, niezależnie od ust. 1.
4. Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego opóźnienia w zapłacie składki, trwającego ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni, niezależnie od ust. 1.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
6. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umową ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że

oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

§ 7 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
2. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Pomocy, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiaru skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi assistance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współzycia społecznego bądź względem słuszności.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacja może zostać złożona w formie:
 - 1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie COMPENSY lub w jednostce terenowej;
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00,
 - 3) ustnie do protokołu, podczas wizyty w siedzibie COMPENSY lub jednostce terenowej COMPENSY - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;
 - 4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.
3. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;
 - 2) adres osoby wnoszącej reklamację;
 - 3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana;
 - 4) PESEL/REGON;
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.
4. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.
5. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSA bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:
 - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Odpowiedzi na reklamacje COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi - za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej - na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonym przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel: +48 22 867 66 67, 22 501 61 00

DODATKOWA OCHRONA

Umowa Dodatkowa DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: **Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group** (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: **DODATKOWA OCHRONA OWU BRP-0321**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie zatwierdzonych Uchwałą Nr 13/08/2021 Zarządu Towarzystwa z dnia 27 sierpnia 2021 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki. Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić w tym samym czasie co zawarcie umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem, z tym samym dniem co zawarcie umowy podstawowej lub w trakcie umowy podstawowej. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe (ryzyka wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w polisie lub aneksie do polisy)

- ✓ poważne zachorowanie Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy)
- ✓ rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres pakietu urazowego
- ✓ wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki wskazanych w OWDU

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub aneksie do polisy

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU



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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- ✗ samookaleczenia
- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- ✗ prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 10 OWDU

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 3 OWDU oraz w § 9 OWDU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terenie całego świata



Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub aneksie do polisy

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Ubezpieczony
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 12 ust. 2 OWDU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 11 oraz w § 12 OWDU



Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ
DODATKOWA OCHRONA DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
BRP-0321**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 3, §9, §10

DODATKOWA OCHRONA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DODATKOWA OCHRONA DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BRP-0321

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

- Ilekrót w OWDU użyto określenia:
 - Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to zawartą z Towarzystwem umowę zbiorowego ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej OWU) w zakresie ubezpieczenia obejmującym zgon Ubezpieczonego,
 - Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane,
 - nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz 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),
 - Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - Rodzic** – rozumie się przez to rodzica: Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego niepozbawionego władzy rodzicielskiej lub Ojczyma i Macochę Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego,
 - Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z Rodzicem Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, a także wdowę lub wdowca odpowiednio po Rodzicu: Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego,
 - rekonwalescencja** – rozumie się przez to trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku,
 - lekkie obrażenie ciała** – rozumie się przez to następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwały uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej),
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
 - Pakiet urazowy** – rozumie się przez to pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie,
 - wstrząśnienie mózgu** – rozumie się przez to porażkowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następującą,
 - złamanie** – rozumie się przez to urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
 - zwichnięcie stawu** – rozumie się przez to urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym,
 - oparzenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
 - odmrożenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury,

- okres polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania Umowy Podstawowej w zależności od częstotliwości opłacania składki; okresem polisowym może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok,
- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala,
- sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – absailing, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, hływorolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing,
- poważne zachorowanie** – rozumie się przez to zachorowanie w okresie ubezpieczenia na poniżej wskazane jednostki chorobowe pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon Ubezpieczonego:

Zakres poważnego zachorowania (Pakiet dodatkowy)

1.	wszczepienie sztucznej zastawki serca	pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach.
2.	utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych i zaopatrzenia medycznego. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepota nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.
3.	utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.
4.	utrata mowy	nieodwracalna, całkowita utrata zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności rozszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
5.	stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM)	jednostka chorobowa spełniająca następujące kryteria: - trwałe zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych), - obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym.
6.	kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu	ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszona przez kleszcze powodująca infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał.

7.	borelioza	choroba wywołana przez krętek <i>Borrelia burgdorferi</i> , charakteryzująca się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką.
8.	wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zachorowania WZW B za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlAT i AspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-Hbc Igm+++).
9.	wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)	zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.), – obecność przeciwciał anti-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR.
10.	zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zakażenie wirusem upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzone wynikiem badań krwi. Dla uznania zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/μl, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na wypłacie osobie uprawnionej do świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych (ryzyk), o których mowa poniżej:
- 1) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy),
 - 2) rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 4) wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokości świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 1 podane są na polisie lub jeżeli Umowa Dodatkowa zostanie zawarta w trakcie trwania Umowy Podstawowej - w aneksie do polisy.
3. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
2. W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Podstawowej zostaje rozszerzony o zdarzenia ubezpieczeniowe wybrane przez Ubezpieczającego, spośród ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 1, począwszy od pierwszego dnia okresu polisowego wskazanego we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, pod warunkiem, że wniosek ten zostanie przez Towarzystwo zaakceptowany.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej § 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa, który Ubezpieczający winien podpisać osobiście.
2. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w inny sposób niż wskazany w ust. 1 na podstawie zgodnej woli Ubezpieczającego i Towarzystwa.

3. We wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej Ubezpieczający określa zakres dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, spośród zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 2 ust. 1.

Polisa ubezpieczeniowa § 5.

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

czas trwania Umowy Dodatkowej § 6.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej od dnia wskazanego w polisie, a w przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej w trakcie trwania Umowy Podstawowej od dnia wskazanego w aneksie do polisy do końca trwania Umowy Podstawowej.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 7.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk ustalana jest według następujących kryteriów:
 - 1) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 2) okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 8.

1. Z zastrzeżeniem § 9 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się:
 - 1) jeżeli do zawarcia Umowy Dodatkowej dochodzi równocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej - od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki z tytułu Umowy Dodatkowej łącznie ze składką należną z tytułu umowy Podstawowej w terminie określonym w OWU dla zapłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej;
 - 2) jeżeli do zawarcia Umowy Dodatkowej dochodzi w trakcie trwania Umowy Podstawowej - od pierwszego dnia okresu polisowego, następującego po złożeniu wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, pod warunkiem opłacenia za ten okres pierwszej składki z tytułu Umowy Dodatkowej łącznie ze składką należną z tytułu umowy Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej.

KARENCA § 9.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 3) wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) zgonu Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okres karencji w zakresie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy) liczony jest począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku, gdy zawarcie Umowy Dodatkowej następuje jednocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio do Umowy Dodatkowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 10.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: zgonu Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zdarzenia objętego zakresem Pakietu urazowego, lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień,
 - 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 4) wystąpienia dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 5) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,

- 6) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ
§ 11.

Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA
§ 12.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia OWU, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczeń z tytułu Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie Podstawowej, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony,
 - 4) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 5) dokumenty medyczne potwierdzające powstanie lekkiego obrażenia ciała,
 - 6) zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy,
 - 7) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
 - 8) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie wszczęcia sztucznej zastawki serca,
 - 9) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach,
 - 10) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty słuchu w obu uszach,
 - 11) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 12) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie stwardnienia rozsianego,
 - 13) dokumenty medyczne potwierdzające trwale zaburzenia czynności ruchowej,
 - 14) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 13.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 27 sierpnia 2021 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 13/08/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 sierpnia 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w przypadku których rozszerzenie zakresu odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej o Umowę Dodatkową nastąpiło z dniem 1 września 2021 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

O BOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. 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
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzonymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z 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 mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

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

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

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

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

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb.

Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel: +48 22 867 66 67, 22 501 61 00