

**Ogólne warunki
grupowego
pracowniczego
ubezpieczenia na życie
GRU/P**

**Ogólne warunki
dodatkowych
ubezpieczeń grupowych**

Szanowni Państwo,

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych Klientów, zamieściliśmy na stronie internetowej informacje związane z obsługą zawartych umów grupowego ubezpieczenia na życie oraz uruchomiliśmy tam przewodnik dla osób zgłaszających roszczenie. Na naszej stronie internetowej znajdują Państwo wszystkie potrzebne formularze, wniosek o wypłatę świadczenia oraz listę dokumentów niezbędnych do udokumentowania prawa do świadczenia, a także wskazówki i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Internetowy przewodnik umożliwia również wydrukowanie potrzebnych formularzy. Zachęcamy także do skorzystania z portalu znajdującego się pod adresem http://zgloszenia_zycie.compensa.pl, który umożliwi Państwu zgłaszanie roszczeń drogą elektroniczną.

Aby możliwie skrócić czas rozpatrywania roszczenia, prosimy o przesyłanie wniosków o wypłatę świadczenia bezpośrednio do Departamentu Świadczeń i Oceny Ryzyka w centrali Towarzystwa. Warunkiem szybkiego rozpatrzenia roszczenia jest przesłanie kompletnej dokumentacji, na którą składa się wniosek o wypłatę świadczenia oraz dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia (określone w OWU i OWDU).

Złożone przez Państwa dokumenty zostaną przekazane do likwidatora. W przypadku gdy proces rozpatrywania trwa dłużej niż 7 dni, likwidator zajmujący się zgłoszeniem, prześle do Państwa informację o dalszym postępowaniu.

O podjętej decyzji Towarzystwo poinformuje Państwa pisemnie.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości na etapie rozpatrywania roszczenia prosimy o kontakt z **Infolinią 22 867 66 67** lub bezpośrednio z likwidatorem zajmującym się zgłoszeniem.

Z poważaniem,



Joanna Gładys
Dyrektor Departamentu Obsługi Ubezpieczeń Grupowych



SPIS TREŚCI

List przewodni		I
OWU Grupowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie	GRU/P	4
OWDU śmierć w następstwie NW	GNW, GNZ	11
OWDU śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego	GWK	14
OWDU trwale inwalidztwo w następstwie NW	GKN	17
OWDU trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie NW	GTU, GTZ	21
OWDU trwała utrata zdrowia w następstwie NW	GTR	25
OWDU ciężka trwała utrata zdrowia w następstwie NW	GCT	35
OWDU operacje chirurgiczne	GOC	38
OWDU pobyt w szpitalu w następstwie NW lub choroby	GPS, GPO	41
OWDU poważne zachorowanie	GPZ	45
OWDU całkowita niezdolność do pracy	GNPW, GNPC	48
OWDU ubezpieczenia rodzinne	GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR	51
OWDU śmierć w następstwie wypadku przy pracy	GWP	57
OWDU śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy	GKP	60
OWDU assistance	GOE	63
OWDU assistance (utrata pracy)	GRE	68
Informacja podatkowa		71
Aneks Nr 1 do Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie oraz ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia grupowego		72
Aneks Nr 2 do Ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR)		78
Aneks Nr 5 do Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie oraz ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia grupowego		79
Aneks Nr 6 do Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie (GRU/P)		86



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU/P)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 6, § 7, § 25
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 5, § 11
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO PRACOWNICZEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU/P)

§ 1. OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO PRACOWNICZEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OWU),

zwanego dalej ubezpieczeniem podstawowym, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego oraz do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia grupowego, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwane dalej Towarzystwem.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. Osoba Ubezpieczona – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, jeżeli w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia grupowego ma nie mniej niż 16 lat oraz nie więcej niż 64 lata; Osobą Ubezpieczoną jest pracownik oraz, za zgodą Towarzystwa, zgłoszony przez ubezpieczonego pracownika jego małżonek.

2. Ubezpieczający – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, który zawarł umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wyznaczony przez Osobę Ubezpieczoną jako uprawniony do świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.

4. Pracownik – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy lub wykonująca na rzecz Ubezpieczającego pracę na podstawie kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenia, umowy o świadczenie usług na warunkach umowy zlecenia lub umowy agencyjnej, jeżeli jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym, a także osoba fizyczna będąca pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy, jeżeli jest Ubezpieczającym w umowie ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

5. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie pojedynczej osoby lub grupy skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, umotywowane ideologicznie, podjęte w celu wymuszenia od władz państwowych i społeczeństwa określonych zachowań i świadczeń, często zagrażające ludzkiemu życiu lub zdrowiu.

6. Deklaracja zgody – dokument zawierający oświadczenie woli osoby fizycznej, wyrażające zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową.

7. Karencja – okresowe wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa.

8. Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Osoby Ubezpieczonej zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną fizycznych obrażeń lub śmierci Osoby Ubezpieczonej; w rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, których następstwem jest śmierć Osoby Ubezpieczonej, nawet jeżeli wystąpiły nagle.

9. Okres ubezpieczenia – czas, w jakim Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej na podstawie OWU oraz odpowiednich ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń (OWDU).

10. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰.

11. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa określonego w dokumencie ubezpieczenia.

12. Składka ubezpieczeniowa (składka) – składka należna z tytułu umowy ubezpieczenia, obejmująca składki z tytułu ubezpieczenia pod-

stawowego i ubezpieczeń dodatkowych, opłacana z częstotliwością określoną w dokumencie ubezpieczenia.

13. Składka za grupę – składka ubezpieczeniowa opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa za wszystkie osoby ubezpieczone objęte danym zakresem odpowiedzialności Towarzystwa.

14. Składka za osobę – składka ubezpieczeniowa za daną Osobę Ubezpieczoną.

15. Świadczenie – przewidziana umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU oraz odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

16. Wiek osoby – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia osoby.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Osobę Ubezpieczoną, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU.

2. Jeżeli Osoba Ubezpieczona wskazała więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu jej śmierci którykolwiek z uposażonych nie żyje lub jeżeli którykolwiek z uposażonych umyślnie przyczynił się do śmierci Osoby Ubezpieczonej, wówczas część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym przy życiu Uposażonym, w proporcji wynikającej z ustaleń Osoby Ubezpieczonej.

3. Jeżeli w dniu śmierci Osoby Ubezpieczonej nie żyje żaden z uposażonych lub jeżeli Osoba Ubezpieczona nie wskazała żadnego Uposażonego, to świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone członkowi rodziny Osoby Ubezpieczonej według następującej kolejności:

- 1) małżonek;
- 2) dzieci;
- 3) rodzice;
- 4) inni dalsi spadkobiercy ustawowi Osoby Ubezpieczonej, zgodnie z ustawowym porządkiem dziedziczenia, z wyłączeniem Skarbu Państwa.

4. Jeżeli Osoba Ubezpieczona nie wskazała Uposażonego albo gdy Uposażony w dniu śmierci Osoby Ubezpieczonej nie żyje lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 3, świadczenie zostanie wypłacone temu, kto pokrył koszty pogrzebu Osoby Ubezpieczonej, w granicach udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 5. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej, jeżeli śmierć ta nastąpiła na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także na skutek masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej;

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w razie śmierci Osoby Ubezpieczonej będącej wynikiem samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, niezależnie od stopnia jej poczytalności.



3. W razie podania przez Ubezpieczającego lub Osobę Ubezpieczoną całkowicie lub częściowo niezgodnych z prawdą informacji lub oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, Towarzystwo może:

- 1) odstąpić od umowy ubezpieczenia – w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) zaniechać udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do poszczególnych osób – w okresie 3 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 3) odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość – w okresie 3 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jeżeli okoliczność, której dotyczą podane informacje całkowicie lub częściowo niezgodne z prawdą, miała wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.

§ 6. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie odpowiednich OWDU.
2. W stosunku do wszystkich osób ubezpieczonych, objętych danym zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWU i odpowiednich OWDU, obowiązują te same wysokości sum ubezpieczenia lub zasiłków oraz składek, określonych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 7. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego.
2. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:
 - 1) deklaracje zgody osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową, podpisane przez te osoby,
 - 2) wykaz osób składających deklaracje zgody.
3. Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób składających deklaracje zgody oraz struktury zatrudnienia.
4. Jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 1-2, zostały sporządzone nieprawidłowo lub nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych. Uzupełnienie lub sporządzenie nowych dokumentów oraz podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.
5. Ubezpieczający i osoby obejmowane ochroną ubezpieczeniową obowiązane są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pyta w formularzu wniosku, deklaracjach zgody, wykazie osób lub w innych pismach.
6. Towarzystwo może skierować daną osobę obejmowaną ubezpieczeniem na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo.
7. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować:
 - 1) zastosowanie odmiennej od standardowej taryfikacji składki ubezpieczeniowej;
 - 2) obniżenie sumy ubezpieczenia w stosunku do proponowanej we wniosku przez Ubezpieczającego;
 - 3) przesunięcie terminu zawarcia umowy ubezpieczenia lub terminu objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób;
 - 4) zastosowanie warunków szczególnych, na podstawie których umowa ubezpieczenia może zostać zawarta.

8. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku. Umowa zostaje przedłużona na okres kolejnego roku, na dotychczasowych zasadach, jeżeli w okresie obowiązywania umowy, nie później jednak niż miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy.

9. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od objęcia ochroną ubezpieczeniową określonej liczby osób.

10. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy lub objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób.

11. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia, który doręcza wraz z wykazem osób ubezpieczonych.

12. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą stempla pocztowego, stwierdzającego nadanie dokumentu ubezpieczenia w urzędzie pocztowym. Jeżeli dokument ubezpieczenia zostanie doręczony bez pośrednictwa poczty, to za datę zawarcia uważa się będzie dzień doręczenia dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.

§ 8. WSKAZYWANIE, DOKONYWANIE ZMIAN I ODWOŁYWANIE UPOSAŻONEGO

1. Osoba Ubezpieczona może wskazać jednego lub więcej uposażonych, zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. Jeżeli Osoba Ubezpieczona wskazała kilku uposażonych nie oznaczając ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
2. Wskazanie Uposażonego może zostać zmienione lub odwołane przez Osobę Ubezpieczoną w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczenie osoby ubezpieczonej o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.

§ 9. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osób wymienionych w wykazie doręczonym Ubezpieczającemu wraz z dokumentem ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osób przystępujących do ubezpieczenia w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w deklaracji zgody, zaakceptowanym przez Towarzystwo, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz z uwzględnieniem postanowień dotyczących obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób dotychczas nie ubezpieczonych.
3. Jeżeli pierwsza składka ubezpieczeniowa za osobę została zapłacona w dniu śmierci Osoby Ubezpieczonej lub po tej dacie, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności. Postanowienia zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do innych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia.

§ 10. ZASADY OBEJMOWANIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby dotychczas nie ubezpieczone na podstawie danej umowy.
2. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, wymagane jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie przez nie deklaracji zgody oraz doręczenie ich do siedziby Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający ma obowiązek doręczać do siedziby Towarzystwa



deklaracje zgody, o których mowa w ust. 2, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia podpisania deklaracji zgody przez osoby obejmowane ochroną ubezpieczeniową.

4. Osoba przystępująca do ubezpieczenia proponuje w deklaracji zgody termin początku okresu ubezpieczenia, który nie może być dniem wcześniejszym niż dzień następny po dniu podpisania deklaracji zgody. Składka należna za miesiąc rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej obliczana jest za cały miesiąc kalendarzowy.

5. Osoby przystępujące do ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia mogą być objęte okresowym wyłączeniem odpowiedzialności Towarzystwa (karencją), na zasadach określonych w § 11.

§ 11. OKRESOWE WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA (KARENCA)

1. Karencja polega na wyłączeniu odpowiedzialności Towarzystwa przez okres 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

2. Karencja nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przyczyną śmierci Osoby Ubezpieczonej był nieszczęśliwy wypadek, o ile Osoba Ubezpieczona zmarła przed upływem 6 miesięcy od dnia wypadku, a wypadek ten nie był spowodowany i nie miał miejsca w bezpośrednim następstwie:

1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczenia na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;

3) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawiania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu wymaganego odpowiednimi przepisami;

5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych.

3. Karencją objęte są osoby ubezpieczone nie będące pracownikami.

4. Karencją objęci są pracownicy przystępujący do ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy, o ile pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest późniejszy niż dzień, w którym upływają 3 miesiące od:

1) dnia początku odpowiedzialności określonego w dokumencie ubezpieczenia, lub

2) dnia w którym osoba ta została pracownikiem Ubezpieczającego, lub

3) dnia powrotu do pracy po okresie odbywania służby wojskowej lub urlopu wychowawczego albo bezpłatnego, w przypadku pracowników, którzy odbyli służbę wojskową lub skorzystali z urlopu wychowawczego albo bezpłatnego, a następnie wyrazili gotowość przystąpienia do ubezpieczenia (ponownie lub po raz pierwszy), z zastrzeżeniem ust. 6.

5. Karencją objęta jest również osoba, która zrezygnowała z obejmowania jej ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia gru-

powego i ponownie przystąpiła do tego ubezpieczenia. Osoba ta zobowiązana jest do podpisania nowej deklaracji zgody.

6. Jeżeli pracownik, o którym mowa w ust. 4 pkt 3, rezygnuje z indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, a pomiędzy ostatnim dniem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia a pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego nie ma ani jednego dnia przerwy, to za zdarzenia, które zajdą w okresie karencji, a które są objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego i były objęte ochroną z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenia w wysokości przewidzianej umową ubezpieczenia grupowego, ale nie wyższej niż wypłaciłoby, gdyby był on nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia.

7. Jeżeli dana osoba rezygnuje z obejmowania jej inną umową ubezpieczenia na życie zawartą przez Ubezpieczającego i przystępuje do ubezpieczenia grupowego na podstawie niniejszych OWU, to za zdarzenia, które zajdą w okresie karencji, a które są objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego na podstawie niniejszych OWU i były objęte ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenia w wysokości przewidzianej umową ubezpieczenia grupowego na podstawie niniejszych OWU, ale nie wyższej niż wypłaciłoby, gdyby była ona nadal objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

§ 12. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i składki określa dokument ubezpieczenia.

2. Suma ubezpieczenia i składka są stałe w danym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, o ile strony nie umówią się inaczej.

3. Wysokość składki i sumy ubezpieczenia ustalana jest na podstawie taryfy w zależności od:

1) płci i wieku osób obejmowanych ubezpieczeniem,

2) wysokości świadczenia ubezpieczeniowego,

3) zakresu ubezpieczenia,

4) częstotliwości opłacania składki.

§ 13. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ I SUMY UBEZPIECZENIA

Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, w trybie, o którym mowa w § 26.

§ 14. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK

1. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo, Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego opłacania składek za wszystkie osoby ubezpieczone.

2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje częstotliwość opłacania składek za grupę: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.

3. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania kolejnych składek za grupę z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest składka za grupę.

4. Ubezpieczający wpłaca składkę za grupę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

5. Dniem zapłaty składki za grupę jest dzień, w którym składka ta w pełnej wysokości wpłynęła na rachunek Towarzystwa.

6. Ubezpieczający jest zobowiązany do sporządzania i przekazywania



Towarzystwu, w terminie opłacania składki za grupę, okresowego rozliczenia składek za osoby, należnych za dany okres rozliczeniowy.

7. Pierwsza składka za osobę przystępującą do ubezpieczenia w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia jest opłacana w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu podpisania deklaracji zgody.

8. Każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, liczy się za pełny.

§ 15. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI ZA GRUPĘ

1. W razie niezapłacenia składki za grupę w wymaganym terminie, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki w terminie dodatkowym wskazanym w wezwaniu, podając skutki niezapłacenia tej składki w tym terminie.

2. Jeżeli składka za grupę nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 16. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a Ubezpieczający będący przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty jej zawarcia. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

2. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 17. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa. Okres wypowiedzenia kończy się w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy.

2. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 18. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego;
- 2) odstąpienia od umowy przez Towarzystwo w sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 3 pkt 1;
- 3) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego.

2. Ponadto umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) wskutek upływu okresu, na jaki umowa została zawarta, o ile którakolwiek ze stron złoży oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie umowy, w sytuacji, o której mowa w § 7 ust. 8;
- 2) w sytuacji, o której mowa w § 15 ust. 2.
3. Umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu w sytuacji, o której mowa w § 20 ust. 2.

§ 19. ZWROT SKŁADKI

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki, wyłącznie za okres przypadający po ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Ze składki zwracanej za okres przypadający po ustaniu odpowiedzialności, Towarzystwo potrąca poniesione w związku z zawarciem i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia koszty w wysokości nie wyższej niż 20% tej składki.

3. Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki lub jej części zapłaconej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło zdarzenie, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia lub wypłaciło już świadczenie.

§ 20. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa w dniu, w którym liczba osób ubezpieczonych osiągnie, w trakcie obowiązywania umowy, poziom niższy niż umówione minimum, o ile to minimum zostanie ustalone w umowie ubezpieczenia.

3. W stosunku do pracownika odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka za tę osobę w pełnej wysokości;
- 2) w dniu cofnięcia przez niego zgody na obejmowanie go ochroną ubezpieczeniową;
- 3) w dniu jego śmierci;
- 4) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym pracownik kończy 85 lat;
- 5) w dniu, w którym przestał być pracownikiem Ubezpieczającego;
- 6) w dniu, w którym rozpoczął służbę wojskową, urlop wychowawczy lub bezpłatny;
- 7) w dniu, w którym Towarzystwo zaniechało w stosunku do niego udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji określonej w § 5 ust. 3 pkt 2.

4. W stosunku do Osoby Ubezpieczonej, nie będącej pracownikiem, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka za tę osobę w pełnej wysokości;
- 2) w dniu cofnięcia przez tę osobę zgody na obejmowanie jej ochroną ubezpieczeniową;
- 3) w dniu jej śmierci;
- 4) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 85 lat;
- 5) w dniu, w którym Towarzystwo zaniechało w stosunku do niej udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji określonej w § 5 ust. 3 pkt 2;
- 6) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do pracownika, który zgłosił tę osobę do ubezpieczenia.

§ 21. COFNIĘCIE ZGODY PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZONĄ NA OBEJMOWANIE JEJ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Osoba Ubezpieczona może cofnąć zgodę na obejmowanie jej ochroną ubezpieczeniową w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU. Oświadczenie o cofnięciu zgody powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia podpisania tego oświadczenia przez Osobę Ubezpieczoną.

2. Cofnięcie zgody przez Osobę Ubezpieczoną nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za daną osobę za okres, w jakim Towarzystwo udzielało jej ochrony ubezpieczeniowej.

3. Postanowienia dotyczące zwrotu składki, o których mowa w § 19 stosuje się odpowiednio.



§ 22. INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

1. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia polega na objęciu przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową uprawnionej osoby fizycznej, na okres 1 roku, w zakresie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3, na podstawie niniejszych OWU oraz z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z odpowiednich OWDU.

2. W sytuacji, gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest Osoba Ubezpieczona, podlega ona ochronie ubezpieczeniowej z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, w jakim była objęta ochroną ubezpieczeniową w umowie ubezpieczenia grupowego.

3. W sytuacji, gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest nie będący Osobą Ubezpieczoną małżonek zmarłego pracownika, podlega on ochronie ubezpieczeniowej z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, w jakim pracownik ten objęty był ochroną ubezpieczeniową w umowie ubezpieczenia grupowego.

4. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU, może być przedłużane na kolejne lata na zasadach określanych indywidualnie.

5. W przypadku indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, nie mają zastosowania § 5 ust. 3 pkt 1, § 7 ust. 1, 2, 8, 9, 11, § 9 ust. 1-2, § 10, § 11, § 13, § 14 ust. 1-2, 6-7, § 15, § 18 ust. 2, § 20, § 21. Pozostałe postanowienia niniejszych OWU stosuje się wprost lub odpowiednio.

§ 23. OSOBY, KTÓRYM PRZYSŁUGUJE PRAWO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO ORAZ WARUNKI SKORZYSTANIA Z TEGO PRAWA

1. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje, z zastrzeżeniem ust. 2-3:

1) pracownikowi, wobec którego wygasa odpowiedzialność Towarzystwa, w sytuacji, o której mowa w § 20 ust. 3 pkt 4;

2) pracownikowi, jeżeli przestał być pracownikiem Ubezpieczającego lub pełni służbę wojskową, albo przebywa na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym;

3) Osobie Ubezpieczonej nie będącej pracownikiem, jeżeli pracownik, który zgłosił tę osobę do ubezpieczenia, przestał być pracownikiem Ubezpieczającego lub zmarł;

4) nie będącemu Osobą Ubezpieczoną małżonkowi zmarłego pracownika.

2. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, o ile zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1) Osoba Ubezpieczona była objęta ubezpieczeniem grupowym przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio moment nabycia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, a składki w tym okresie były systematycznie opłacane,

2) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został złożony i pierwsza składka opłacona nie później niż w ciągu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.

3. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobie, o której mowa w ust. 1 pkt 4, o ile zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1) osoba ta ma nie więcej niż 64 lata,

2) zmarły pracownik był objęty ubezpieczeniem grupowym przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień śmierci, a składki w tym okresie były systematycznie opłacane,

3) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został złożony i pierwsza składka opłacona nie później niż w ciągu mie-

siąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za zmarłego pracownika składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.

4. W razie przekroczenia terminu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2 lub ust. 3 pkt 3, indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia jest uzależnione od zgody Towarzystwa. W przypadku wyrażenia zgody, o której mowa w zdaniu pierwszym, osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest objęta karencją na zasadach określonych w § 11 ust. 1-2.

5. Na wniosek Osoby Ubezpieczonej, małżonka zmarłego pracownika lub małżonka zmarłej osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie, Towarzystwo może wyrazić zgodę na indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia w przypadkach innych niż wymienione w ust. 1, na zasadach określanych indywidualnie.

§ 24. POZOSTAŁE ZASADY INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania osób, którym przysługuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia o istnieniu takiego prawa.

2. Osoba składająca wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia wskazuje w nim częstotliwość opłacania składek: kwartalną, półroczną lub roczną.

3. Towarzystwo potwierdza objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia doręczając dokument ubezpieczenia osobie, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.

5. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo, osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest zobowiązana do terminowego i prawidłowego opłacania składek.

6. W razie niezapłacenia składki w wymaganym terminie, Towarzystwo na piśmie wezwie osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie do zapłaty tej składki w terminie dodatkowym wskazanym w wezwaniu, podając skutki niezapłacenia tej składki w tym terminie. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, odpowiedzialność Towarzystwa wygaśnie z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

7. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, w trybie, o którym mowa w § 26.

8. Wypłacając świadczenie z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia Towarzystwo potrąca z kwoty wypłacanego świadczenia kwotę zaległych składek.

9. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie wygasa:

1) w dniu odstąpienia od ubezpieczenia przez osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie, na warunkach, o których mowa w § 16;

2) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, na warunkach, o których mowa w § 17;

3) w ostatnim dniu ostatniego w pełni opłaconego okresu, w razie niezapłacenia składki, w sytuacji, o której mowa w ust. 6;

4) w dniu jej śmierci;

5) w dniu, w którym Towarzystwo zaniechało w stosunku do tej osoby udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w § 5. ust. 3 pkt 2.

§ 25. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia, powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.



2. Świadczenie z tytułu zdarzenia objętego umową ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek składany jest na formularzu Towarzystwa.

3. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia, a w szczególności:

- 1) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek,
- 2) skrócony odpis aktu zgonu Osoby Ubezpieczonej.
4. Jeżeli śmierć Osoby Ubezpieczonej nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek, o którym mowa w ust. 2, o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia.
5. Towarzystwo może zażądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
6. Wypłata świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 3 i 5. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.
7. Świadczenie nie zostanie wypłacone osobie, która przyczyniła się umyślnie do zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż ta, o którą wnosiła osoba uprawniona do świadczenia, Towarzystwo poinformuje ją o tym na piśmie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, wraz z pouczeniem o trybie dochodzenia roszczeń.

§ 26. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEN I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane na piśmie. Na Ubezpieczającym ciąży obowiązek niezwłocznego doręczenia do siedziby Towarzystwa zawiadomień i oświadczeń składanych przez osoby ubezpieczone.

2. Przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni znany Towarzy-

stwu adres. W takim wypadku pismo wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU.

3. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane za porozumieniem obu stron i wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 27. PRAWO STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA

Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej, również gdy umowa zawiera element międzynarodowy.

§ 28. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo odwołania się od tej decyzji. Odwołanie w formie pisemnej kieruje się na adres siedziby Towarzystwa, w terminie 14 dni od dnia doręczenia tej osobie decyzji. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia odwołania i udzielenia pisemnej odpowiedzi w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności związanych z decyzją stało się możliwe. W trakcie rozpatrywania odwołania Towarzystwo może domagać się dostarczenia dodatkowych dokumentów, mogących uzasadnić zmianę decyzji.

2. Niezależnie od zachowania trybu, o którym mowa w ust. 1, osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i kodeksie postępowania cywilnego.

3. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Osoby Ubezpieczonej, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 29. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 58/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24 września 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU WARIANT STANDARDOWY (GNW), WARIANT PLUS (GNZ)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 5, § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5 ust. 2, § 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU WARIANT STANDARDOWY (GNW), WARIANT PLUS (GNZ)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (obejmującego ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku), określonego w § 4, albo

2) wariantu plus (obejmującego ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca), określonego w § 5.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa obejmujące wariant plus może nastąpić tylko w odniesieniu do pracownika Ubezpieczającego.

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w dokumencie ubezpieczenia.

5. Postanowienia niniejszych OWDU, nie zastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Udar mózgu** – incydent naczyniowo-mózgowy, będący przyczyną zgonu, skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego albo udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu).

2. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej, której następstwem jest zgon.

Martwica mięśnia sercowego musi być wskazana jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego lub jej rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) pojawieniem się nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostem aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego, powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

3. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM

1. W razie śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant standardowy).

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS

1. W razie śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant plus).

2. W przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

3. W przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) udar mózgu lub zawał serca, będący przyczyną śmierci, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) udar mózgu lub zawał serca wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 3) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Osoba Ubezpieczona poniosła śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- 1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczenia na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
- 2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;
- 3) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem



leków, a także pozostawiania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;

5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 7. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu,

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, którego skutkiem była śmierć Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję o wypłacie świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca oraz śmierci Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) skrócony odpis aktu zgonu Osoby Ubezpieczonej,

4) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

§ 11. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba Ubezpieczona kończy 60 lat.

§ 12. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 13. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU
KOMUNIKACYJNEGO (GWK)**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5, § 8 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. Mechaniczny pojazd lądowy – pojazd o napędzie mechanicznym, wykorzystywany w ruchu lądowym, będący samochodem osobowym, samochodem ciężarowym, autobusem, pociągiem, tramwajem lub trolejbusem, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, jeżeli spełnia wymagania obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego; w rozumieniu niniejszych OWDU za mechaniczny pojazd lądowy nie uważa się pojazdów jednośladowych, pojazdów jednośladowych z bocznym wózkiem oraz pojazdów używanych do celów specjalnych.

2. Statek morski lub śródlądowy – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu niniejszych OWDU za statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

3. Statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec, realizujący połączenia lotnicze, należący do przewoźnika zrzeszonego w IATA (Międzynarodowe Zrzeszenie Przewoźników Powietrznych).

4. Wypadek komunikacyjny – nagle zdarzenie wywołane ruchem mechanicznego pojazdu lądowego, statku morskiego lub śródlądowego bądź statku powietrznego, którego skutkiem jest śmierć Osoby Ubezpieczonej, prowadzącej lub będącej pasażerem któregośkolwiek z tych pojazdów.

5. Pozostałe pojęcia używane w OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1)** wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Osoby Ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2)** śmierć Osoby Ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Osoba Ubezpieczona poniosła śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- 1)** samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo okaleczenia jej na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
- 2)** zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużyciem leków, a także pozostawania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 3)** prowadzenia pojazdu mechanicznego przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego ją do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;
- 4)** niespełnienia w chwili wypadku przez pojazd mechaniczny, którego pasażerem lub prowadzącym była Osoba Ubezpieczona, warunków dopuszczenia do ruchu, w szczególności braku aktualnego na dzień wypadku potwierdzenia pozytywnego wyniku badania technicznego pojazdu;
- 5)** uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo sportów motorowych, lotniczych i motorowodnych, w szczególności wyścigów samochodowych, rajdów, zawodów lotniczych, a także uczestnictwa w pokazach lotniczych;
- 6)** działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;
- 7)** popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.



§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. W razie zajścia wypadku komunikacyjnego:

- 1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;
- 2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia wypadku komunikacyjnego, którego skutkiem była śmierć Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.
2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia wypadku komunikacyjnego oraz śmierci Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,
 - 3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.
3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo

może zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GKN)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 3, 6, § 5, § 8 ust. 2, § 9 ust. 5, 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK TRWAŁEGO INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GKN)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do pracowników Ubezpieczającego.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Całkowite trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Osoby Ubezpieczonej, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną całkowitej, trwającej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.

2. **Częściowe trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Osoby Ubezpieczonej, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które polega na całkowitej fizycznej utracie organu wymienionego w Tabeli częściowego trwałego inwalidztwa, o której mowa w ust. 3, lub całkowitej i trwałej utracie władzy w tym organie.

3. **Tabela częściowego trwałego inwalidztwa** – zestawienie częściowego trwałego inwalidztwa, umieszczone w § 4, uwzględniające postaci częściowego trwałego inwalidztwa oraz odpowiadające im wysokości

świadczeń przysługujących Osobie Ubezpieczonej z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa, wyrażone jako wartości procentowe sumy ubezpieczenia dodatkowego.

4. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia całkowitego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia częściowego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości określonej w Tabeli częściowego trwałego inwalidztwa odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWDU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU.

4. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 2, są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w dokumencie ubezpieczenia, aktualna na dzień, w którym nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe określone w Tabeli częściowego trwałego inwalidztwa.

TABELA CZĘŚCIOWEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA

CZĘŚCIOWE TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Lp.	Postać częściowego trwałego inwalidztwa	Wartość procentowa sumy ubezpieczenia dodatkowego
1.	Wzrok	
a)	całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
b)	całkowita utrata wzroku w jednym oku	40%
c)	całkowita utrata wzroku w jednym oku, jeśli przed wypadkiem objętym ubezpieczeniem stwierdzano całkowitą ślepotę drugiego oka	60%
2.	Słuch	
a)	całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
b)	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30%
c)	całkowita utrata słuchu w jednym uchu, jeśli przed wypadkiem objętym ubezpieczeniem stwierdzano całkowitą głuchotę drugiego ucha	50%
3.	Mowa	
a)	całkowita utrata mowy (obejmuje całkowitą utratę języka, afazję motoryczną lub sensoryczną)	100%



Lp.	Postać częściowego trwałego inwalidztwa (Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy)	Wartość procentowa sumy ubezpieczenia dodatkowego
4.	Kończyna górna	
a)	w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
b)	w obrębie przedramienia	55%
c)	w obrębie nadgarstka	50%
d)	kciuk w całości (całkowita utrata 2 paliczków)	15%
e)	wszystkie palce u dłoni (całkowita utrata 2 paliczków kciuka oraz 3 paliczków w przypadku innych palców)	40%
5.	Kończyna dolna	
a)	w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
b)	w obrębie podudzia	50%
c)	stopa w całości	40%
d)	wszystkie palce u stóp (całkowita utrata 2 paliczków palucha oraz 3 paliczków w przypadku innych palców)	25%

5. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 2, oblicza się mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli częściowego trwałego inwalidztwa przez sumę ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 3.

6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 2, przysługuje, jeżeli spełnione zostały łączące następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitego trwałego inwalidztwa lub częściowego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) całkowite trwałe inwalidztwo lub częściowe trwałe inwalidztwo Osoby Ubezpieczonej nastąpiło w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitego trwałego inwalidztwa lub częściowego trwałego inwalidztwa, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- 1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczenia na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
- 2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;
- 3) zatrucia się Osoby Ubezpieczonej spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawiania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;
- 5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należą-

cego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terrorizmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w zamieszkach, rozruchach, buntach i aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.



§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu,

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem było całkowite trwale inwalidztwo lub częściowe trwale inwalidztwo Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz wystąpienia całkowitego trwałego inwalidztwa lub częściowego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) orzeczenie lekarskie, o którym mowa w ust. 3, wydane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej,

4) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Całkowite trwale inwalidztwo lub częściowe trwale inwalidztwo orzeka się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Orzeczenie lekarskie powinno być wydane na podstawie stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z całkowitym trwałym inwalidztwem lub częściowym trwałym inwalidztwem i będącym jego przyczyną nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana postaci częściowego trwałego inwalidztwa, która nastąpiła po dniu wydania orzeczenia lekarskiego, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

4. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

5. W przypadku gdy całkowite trwale inwalidztwo lub częściowe trwale inwalidztwo Osoby Ubezpieczonej powstało w obrębie organu, któ-

rego funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

6. W przypadku gdy w obrębie tego samego organu lub w obrębie narządów słuchu albo narządów wzroku występuje kolejne częściowe trwale inwalidztwo określone w Tabeli częściowego trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie pomniejszone o już wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa w obrębie tego samego organu lub w obrębie narządów słuchu albo narządów wzroku.

§ 10. BRAK OBOWIĄZKU WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Osoba Ubezpieczona zmarła w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

2. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 1 świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 11. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia;

2) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu częściowego trwałego inwalidztwa Osoby Ubezpieczonej, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia;

3) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat.

§ 12. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 13. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU WARIANT STANDARDOWY (GTU), WARIANT PLUS (GTZ)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 5, § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5 ust. 2 – 4, § 6, § 9 ust. 2, § 10 ust. 5
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU WARIANT STANDARDOWY (GTU), WARIANT PLUS (GTZ)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do pracowników Ubezpieczającego.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (obejmującego ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku), określonego w § 4, albo

2) wariantu plus (obejmującego ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca), określonego w § 5.

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w dokumencie ubezpieczenia.

5. postanowienia niniejszych OWDU, nie zastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 3, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – nieodwracalne z punktu widzenia wiedzy medycznej upośledzenie funkcji organizmu Osoby Ubezpieczonej, będące następstwem:

- 1) nieszczęśliwego wypadku, lub
- 2) udaru mózgu, lub
- 3) zawału serca.

2. **Udar mózgu** – incydent naczyniowo – mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego. Wymagane jest przedstawienie dowodów na istnienie utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 30 dni.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu,
- b) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- c) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- d) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- e) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

f) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego,

g) skutków choroby kesonowej.

3. **Zawał serca** – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego, powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

- a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny (podwsierdziowy, non Q),
- b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,
- c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

4. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant standardowy).

2. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, są:

- 1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w dokumencie ubezpieczenia, aktualna na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku,
- 2) wartości procentowe trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w orzeczeniu lekarskim wydanym przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Wysokość świadczenia oblicza się mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z orzeczenia lekarskiego o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, przez sumę ubezpieczenia dodatkowego.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS

1. W wariantcie plus, w razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia:

- 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU;



2) trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w dokumencie ubezpieczenia, aktualna na dzień, w którym nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w orzeczeniu lekarskim wydanym przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Wysokość świadczenia oblicza się mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z orzeczenia lekarskiego o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, przez sumę ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

4. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) udar mózgu lub zawał serca, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) udar mózgu lub zawał serca wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, udar mózgu lub zawał serca, w wyniku którego Osoba Ubezpieczona doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczenia na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;

3) zatrucia się Osoby Ubezpieczonej spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;

5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w zamieszkach, rozruchach, buntach i aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 7. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy лечению,

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, którego skutkiem był trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5.

2. Decyzję odnośnie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo,



z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z niniejszych OWDU, w oparciu o:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, oraz wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia.
 - 3) orzeczenie lekarskie, o którym mowa w ust. 3, wydane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej,
 - 4) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca. Orzeczenie lekarskie powinno być wydane na podstawie stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną nieszczęśliwym wypadkiem, udarem mózgu lub zawałem serca. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania orzeczenia lekarskiego, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.
4. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:
- 1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;
 - 2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.
5. W przypadku, gdy trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca były już upośledzone lub w przypadku kolejnego trwałego uszczerbku Osoby Ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci świadczenie pomniejszone o wartość procentową trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca.

§ 11. BRAK OBOWIĄZKU WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Osoba Ubezpieczona zmarła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.
2. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 1 świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 12. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba Ubezpieczona kończy 60 lat.

§ 13. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 14. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, 5, 6, § 5, § 8 ust. 2, § 9 ust. 5
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do pracowników Ubezpieczającego.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Trwała utrata zdrowia** - zdarzenie medyczne będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w ust. 2.

2. **Tabela trwałej utraty zdrowia** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU trwałą utratę zdrowia, umieszczone w § 4, uwzględniające postaci trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające im wysokości świadczeń przysługujące Osobie Ubezpieczonej z tytułu trwałej utraty zdrowia, wyrażone jako wartości procentowe sumy ubezpieczenia dodatkowego.

3. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia trwałej utraty zdrowia

Osoby Ubezpieczonej, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości określonej w Tabeli trwałej utraty zdrowia odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWDU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w dokumencie ubezpieczenia, aktualna na dzień, w którym nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe określone w Tabeli trwałej utraty zdrowia.

4. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 1, oblicza się mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałej utraty zdrowia przez sumę ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwała utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

6. Towarzystwo wypłaci świadczenie, gdy wartość procentowa trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej w następstwie danego nieszczęśliwego wypadku wyniesie ponad 20%.

7. W przypadku gdy wartość procentowa trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku wyniesie 100%, Towarzystwo wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości.

TABELA TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA

TRWAŁA UTRATA ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Głowa

1.	Uszkodzenie powłok czaszki:	
a)	powłok bez ubytków kostnych	5%
b)	całkowite oskalpowanie	25%
2.	Uszkodzenie kości czaszki	
a)	uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienie, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%
b)	ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5cm ²	7%
c)	ubytki w kościach czaszki o powierzchni powyżej 5cm ²	15%
3.	Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):	
a)	z częstymi napadami grand - mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
b)	z napadami rzadkimi grand - mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4.	Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%



Uszkodzenia twarzy

5.	Uszkodzenie powłok twarzy	
a)	z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	5%
b)	połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa		
a)	w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b)	częściowa utrata nosa	5%
7.	Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8.	Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
9.	Złamanie szczęki	5%
10.	Złamanie żuchwy	5%
11.	Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%
12.	Ubytek podniebienia	15%
13.	Utrata języka	
a)	częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
b)	całkowita	50%

Uszkodzenia narządu wzroku

14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej. Ostrość wzroku ocenia się w zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

Ostrość wzroku oka prawego	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
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałej utraty zdrowia										
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



15.	Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:	
a)	jednego oka	15%
b)	obu oczu	30%

16.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:		
Zwężenie do	Procent trwałej utraty zdrowia		
	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

17.	Połowicze niedowidzenia:	
a)	dwuskroniowe	60%
b)	dwunosowe	30%
c)	jednoimienne	25%
d)	jednoimienne górne	10%
e)	jednoimienne dolne	40%

Uszkodzenia narządu słuchu

18.	Utrata małżowiny usznej	
a)	całkowita utrata	10%
b)	częściowa utrata	3%

19.	Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz			
Ubytek słuchu w uchu prawym	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	Procent trwałej utraty zdrowia			
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



Uszkodzenia szyi i jej narządów

20.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10%
21.	Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:	
a)	nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10%
b)	wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35%
22.	Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem	20%
23.	Uszkodzenia przełyku:	
a)	powodujące trudności w odżywianiu	10%
b)	umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami	30%
c)	z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową	80%

Uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów

24.	Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	10%
25.	Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	25%
26.	Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	1,5%
27.	Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	5%
28.	Całkowita utrata jednego płuca	40%
29.	Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płat	15%
30.	Uszkodzenie serca:	10%
a)	z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b)	bez przerwania ciągłości jego ściany	10%

Uszkodzenia jamy brzusznej

31.	Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	8%
32.	Uszkodzenie żołądka:	
a)	częściowe wycięcie	5%
b)	przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
33.	Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a)	przy częściowym wycięciu	5%
b)	przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
34.	Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a)	jelita cienkiego	35%
b)	jelita grubego	25%
35.	Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%



36.	Przetoka okołodbytnicza	10%
37.	Całkowite usunięcie śledziony	15%
38.	Uszkodzenie wątroby:	
a)	powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b)	przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
39.	Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%

Uszkodzenia narządów moczowo – płciowych

40.	Całkowita utrata jednej nerki	40%
41.	Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
42.	Całkowita utrata prącia	40%
43.	Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
44.	Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
45.	Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	40%
46.	Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	20%

Całkowita fizyczna utrata

47.	Kończyna górna	
a)	w stawie barkowym	75%
b)	w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
c)	w obrębie przedramienia	55%
d)	na poziomie nadgarstka	50%
48.	Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
49.	Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%
50.	Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
51.	Kończyna dolna	
a)	w stawie biodrowym	75%
b)	w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c)	w obrębie podudzia	50%
d)	stopa w całości	40%
e)	stopa z wyłączeniem pięty	30%
52.	Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
53.	Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%

Całkowita i trwała utrata władzy

54.	Kończyna górna	
-----	----------------	--



a)	w stawie barkowym	65%
b)	w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c)	w obrębie przedramienia	45%
d)	na poziomie nadgarstka	40%
55.	Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
56.	Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
57.	Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
58.	Kończyna dolna	
a)	w stawie biodrowym	65%
b)	w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c)	w obrębie podudzia	40%
d)	stopa w całości	30%
e)	stopa z wyłączeniem pięty	20%
59.	Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
60.	Inny palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Złamania - kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy		
61.	Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
62.	Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
Złamania - narząd ruchu		
63.	Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej)	
a)	wieloodłamowe otwarte	25%
b)	inne złamania otwarte	12%
c)	inne złamania wieloodłamowe	8%
d)	inny rodzaj złamania	6%
64.	Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki	
a)	wieloodłamowe otwarte	16%
b)	inne złamania otwarte	12%
c)	inne złamanie wieloodłamowe	8%
d)	inny rodzaj złamania	6%
65.	Złamanie obu kości podudzia, przedramienia	
a)	wieloodłamowe otwarte	12%
b)	inne złamania otwarte	10%
c)	inne złamanie wieloodłamowe	8%



d)	inny rodzaj złamania	5%
66.	Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka	
a)	wieloodłamowe otwarte	10%
b)	inne złamania otwarte	8%
c)	inne złamanie wieloodłamowe	6%
d)	inny rodzaj złamania	4%
67.	Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródreżcza	
a)	złamania otwarte, za każde złamanie	2%
b)	inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%
Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej		
68.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
69.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
70.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
71.	Skrócenie kończyny dolnej:	
a)	o 2 – 6 cm	10%
b)	powyżej 6 cm	25%
72.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
73.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
74.	Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%
Wytworzenie stawu rzekomego		
75.	Staw rzekomy kości udowej	25%
76.	Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
77.	Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
78.	Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
79.	Staw rzekomy obojczyka	15%
80.	Staw rzekomy kości ramieniowej	25%
81.	Staw rzekomy kości promieniowej	15%
82.	Staw rzekomy kości łokciowej	10%
83.	Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%
Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54 – 60 i 64-83 , nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47 – 53 powyższej tabeli.		
Oparzenia		
84.	Oparzenia - wyłącznie II i III stopnia	
a)	obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
b)	obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20%
c)	obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%



§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Osoba Ubezpieczona doznała trwałej utraty zdrowia, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

1) samookaleczenia się lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczenia na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;

3) zatrucia się Osoby Ubezpieczonej spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawiania przez Osobę Ubezpieczoną pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;

5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w zamieszkach, rozruchach, buntach i aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego, bądź katastrofy nuklearnej;

9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem

dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem była trwała utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5.

2. Decyzję odnośnie stopnia trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia złożony z chwilą wystąpienia trwałej utraty zdrowia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz wystąpienia trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Towarzystwo podejmuje decyzję o stopniu trwałej utraty zdrowia na podstawie stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałą utratą zdrowia i nieszczęśliwym wypadkiem, który był jej przyczyną. Zmiana postaci lub stopnia trwałej utraty zdrowia, która nastąpiła po dniu wydania decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości, bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

4. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji (w szczególności dokumentacji medycznej i wyników badań świadczących o wystąpieniu trwałej utraty zdrowia i zakończeniu leczenia oraz rehabilitacji, a także dokumentacji dotyczącej okoliczności



zajścia nieszczęśliwego wypadku);

2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

5. W przypadku gdy trwała utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej powstała w obrębie organu lub narządu, którego funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo wypłaci świadczenie pomniejszone o wartość trwałej utraty zdrowia istniejącą przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku ustaloną na podstawie Tabeli trwałej utraty zdrowia.

§ 10. BRAK OBOWIĄZKU WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Osoba Ubezpieczona zmarła w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia tego nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

2. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 1 świadczenie z tytułu trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 11. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej utraty zdrowia, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia;

2) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat.

§ 12. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 13. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 10 marca 2004 r., wchodzi w życie z dniem 15 marca 2004 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 15 marca 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GCT)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, 6, § 5, § 8 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GCT)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszego OWDU może nastąpić tylko w odniesieniu do pracowników Ubezpieczającego oraz jeżeli Osoba Ubezpieczona objęta jest jednocześnie dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, powodujące ciężką trwałą utratę zdrowia Osoby Ubezpieczonej, z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWDU.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Trwała utrata zdrowia** - trwała utrata zdrowia będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu § 3 ust. 1 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Towarzystwa.

2. **Ciężka trwała utrata zdrowia** - trwała utrata zdrowia, o której mowa w ust. 1, jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa trwałej utraty zdrowia wynosi co najmniej 60%.

3. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie Osoba Ubezpieczona niezależnie od swojej woli doznała fizycznych obrażeń ciała, które spowodowały wystąpienie ciężkiej trwałej utraty zdrowia; w rozumieniu niniejszych OWDU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu oraz innych chorób, których następstwem jest ciężka trwała utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej, nawet jeżeli wystąpiły nagle.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby Ubezpieczonej, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo będzie wypłacało Osobie Ubezpieczonej przez czas określony w dokumencie ubezpieczenia, ale nie dłużej niż do dnia śmierci Osoby Ubezpieczonej, miesięczną rentę z zachowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, będzie wypłacane, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszych OWDU;
- 2) trwała utrata zdrowia, o której mowa w § 3 ust. 1 wystąpiła w ciągu 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałą utratą zdrowia Osoby Ubezpieczonej;
- 4) wartość procentowa trwałej utraty zdrowia orzeczona przez Towarzystwo wynosi co najmniej 60%.

3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty renty również w przypadku, gdy wartość procentowa trwałej utraty zdrowia wynosząca co najmniej 60% jest łączną wartością procentową trwałej utraty zdrowia, będącej następstwem nieszczęśliwych wypadków, mających miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Wartość procentową trwałej utraty zdrowia, o której mowa w ust. 2 pkt 4 i ust. 3, oblicza się na podstawie tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w § 4 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Towarzystwa.

5. Towarzystwo będzie wypłacało rentę w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty renty w wysokości określonej w polisie. Powstanie trwałej utraty zdrowia, której wartość procentowa przekracza 60%, a także zwiększenie wartości procentowej trwałej utraty zdrowia w trakcie wypłaty renty, nie wpływa na wysokość wypłacanej renty.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Do wyłączenia odpowiedzialności z tytułu ciężkiej trwałej utraty zdrowia stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Towarzystwa.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.



§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku:

- 1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu,
 - 2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem była ciężka trwała utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.
2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo rozpocznie wypłatę renty od miesiąca, w którym stwierdzi ciężką trwałą utratę zdrowia.
2. Terminem płatności renty jest piętnasty dzień miesiąca kalendarzowego.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

- 1) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat,
- 2) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej utraty zdrowia, jeżeli stwierdzono ciężką trwałą utratę zdrowia,
- 3) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 23 czerwca 2004r., wchodzi w życie z dniem 23 czerwca 2004r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 23 czerwca 2004r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, 3, § 5, § 8 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) jest pracownikiem Ubezpieczającego,
- 2) ma nie więcej niż 59 lat.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Hospitalizacja** – udokumentowany, stacjonarny pobyt Osoby Ubezpieczonej na oddziale zabiegowym szpitala, trwający co najmniej 72 godziny, mający miejsce w okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby Ubezpieczonej.

2. **Operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, lekarza specjalności zabiegowej, o ile zabieg ten ma na celu leczenie skutków choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku oraz wiąże się z koniecznością hospitalizacji.

W rozumieniu niniejszych OWDU za operację chirurgiczną nie uważa się:

- a) zabiegów przeprowadzanych w celach diagnostycznych (w tym biopsji, pobrania wycinków, operacji zwiadowczej),
- b) operacji, w której Osoba Ubezpieczona jest dawcą organów lub narządów;
- c) operacji związanej z leczeniem bezpłodności, okresem ciąży, jej powikłaniami, poronieniem, porodem lub porodem;
- d) operacji plastycznej, kosmetycznej lub stomatologicznej, w tym zabiegu w zakresie chirurgii szczękowej, z wyjątkiem sytuacji gdy miał on na celu usunięcie następstw nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia;
- e) wszystkich zabiegów endoskopowych (w tym gastrokopii, kolonoskopii, rektoskopii, bronchoskopii, cystoskopii), także w tych przypadkach gdy miała miejsce plastyka lub usunięcie zmiany patologicznej.

3. **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej prowadzący zgodnie z przepisami prawa polskiego działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniający wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się zakładu opieki zdrowotnej, którego podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego, sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub leczenie uzależnień.

4. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie operacji chirurgicznej Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci tej osobie lub Uposażonemu (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej) świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wykonania operacji chirurgicznej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku operacji chirurgicznej Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną operacji chirurgicznej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) operacja chirurgiczna miała miejsce w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

3. W przypadku operacji chirurgicznej Osoby Ubezpieczonej w następstwie choroby, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub infekcja, będąca przyczyną operacji chirurgicznej, została ujawniona (zdiagnozowana lub objęta leczeniem) nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli operacja chirurgiczna Osoby Ubezpieczonej spowodowana była (lub stanowi skutek):

- 1) samookaleczeniem się, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
- 2) chorob lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, a także zakażenia wirusem HIV lub chorób AIDS, nie będących chorobą zawodową, a także nieszczęśliwego wypadku zaistniałego jako bezpośrednie następstwo choroby lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, jak również zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużyciem leków;
- 3) wypadkiem spowodowanym przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta pozostawała pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 4) uprawianiem przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;
- 5) obrażeniami doznanymi w wyniku działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem chemicznym, biologicznym, radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
- 6) obrażeniami doznanymi w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo;
- 7) nieszczęśliwym wypadkiem spowodowanym lub mającym miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń, o których mowa w pkt 1, 4, 5, 6.



§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJĘCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajęcia nieszczęśliwego wypadku:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajęcia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem była operacja chirurgiczna Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z hospitalizacją (w szczególności w oparciu o kartę leczenia szpitalnego) oraz z okolicznościami zajęcia nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także dokumentację medyczną (związaną z przebytą operacją chirurgiczną), niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej operację chirurgiczną w następstwie choroby, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 60 lat.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 13/04 Zarządu TCompensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 11 lutego 2004 r. wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2004 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY
WARIANT STANDARDOWY (GPS), WARIANT PLUS (GPO)**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 5, § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, 4, 6, § 5 ust. 3, 4, 6, § 6, § 9 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY WARIANT STANDARDOWY (GPS), WARIANT PLUS (GPO)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) jest pracownikiem Ubezpieczającego,
- 2) ma nie więcej niż 59 lat.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) wariantu standardowego (obejmującego ubezpieczenie na wypadek pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu), określonego w § 4, albo
- 2) wariantu plus (obejmującego ubezpieczenie na wypadek pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu, w tym na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej), określonego w § 5.

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w dokumencie ubezpieczenia.

5. Postanowienia niniejszych OWDU, nie zastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 3, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej prowadzący zgodnie z przepisami prawa polskiego działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniający wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się zakładu opieki zdrowotnej, którego podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego, sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub leczenie uzależnień.

2. **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, całodobowy pobyt Osoby Ubezpieczonej w szpitalu, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby Ubezpieczonej.

3. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, dysponujący wyposażeniem medycznym przeznaczonym do ciągłej kontroli i podtrzymywania funkcji życiowych oraz pozwalającym na dostosowanie leczenia do zmieniającego się stanu pacjenta, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających ciągłego nadzoru i opieki medycznej oraz intensywnego leczenia.

4. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM

1. W razie pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci tej osobie lub Uposażonemu (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej) świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w dokumencie ubezpieczenia, aktualnego na pierwszy dzień pobytu w szpitalu, za każdą dobę pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant standardowy).

2. W przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu w szpitalu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) pobyt w szpitalu lub w kolejnych szpitalach trwał nieprzerwanie co najmniej 6 dób,
- 3) pobyt w szpitalu rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

3. Zasiłek dzienny za pierwsze 14 dób nieprzerwanego pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przysługuje w podwójnej wysokości. Z prawa do zasiłku w podwójnej wysokości można skorzystać tylko raz w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia.

4. W przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) pobyt w szpitalu lub w kolejnych szpitalach trwał nieprzerwanie co najmniej 6 dób,
- 2) choroba lub infekcja, będąca przyczyną pobytu w szpitalu, została ujawniona (zdiagnozowana lub objęta leczeniem) nie wcześniej niż po upływie 30 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

5. Każdą rozpoczętą dobę pobytu w szpitalu uważa się za pełną.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty zasiłku dziennego za nie więcej niż 90 dób pobytu w szpitalu w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa w wariantcie plus obejmuje pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa w wariantcie standardowym, określonym w § 4, rozszerzony o postanowienia niniejszego paragrafu (wariant plus).

2. W razie pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci tej osobie lub Uposażonemu (w przypadku śmierci Osoby Ubezpieczonej) dodatkowe świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w dokumencie ubezpieczenia, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdą dobę pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

3. W przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu na OIOM, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) pobyt na OIOM miał miejsce w trakcie pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem i trwające nieprzerwanie co najmniej 7 dób,
- 3) pobyt Osoby Ubezpieczonej w szpitalu, o którym mowa w pkt 2,



rozpoczął się od pobytu na OIOM,

- 4) pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 3 doby,
- 5) pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM w następstwie choroby, świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM miał miejsce w trakcie pobytu Osoby Ubezpieczonej w szpitalu, spowodowanego chorobą i trwającego nieprzerwanie co najmniej 7 dób,
 - 2) pobyt Osoby Ubezpieczonej w szpitalu, o którym mowa w pkt 1, rozpoczął się od pobytu na OIOM,
 - 3) pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dób,
 - 4) pobyt na OIOM rozpoczął się nie wcześniej niż po upływie 90 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 5) choroba lub infekcja, będąca przyczyną pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM, została ujawniona (zdiagnozowana lub objęta leczeniem) nie wcześniej niż po upływie 30 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.
5. Każdą rozpoczętą dobę pobytu w szpitalu lub na OIOM uważa się za pełną.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu na OIOM za nie więcej niż 45 dób pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Osoby Ubezpieczonej w szpitalu spowodowany był:
 - 1) samookaleczeniem się, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
 - 2) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, porodem lub połogiem w okresie pierwszych 10 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia;
 - 3) chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, leczeniem nerwic lub uzależnień od alkoholu, narkotyków lub innych środków uzależniających, a także zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową;
 - 4) nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym jako bezpośrednie następstwo choroby lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;
 - 5) zatruciem spowodowanym spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużyciem leków;
 - 6) wypadkiem spowodowanym przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta pozostawała pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie następstw nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
 - 8) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej, a także leczeniem sanatoryjnym, rehabilitacyjnym, usprawniającym, w tym także w przypadku, gdy leczenie to prowadzone było w warunkach stacjonarnych na podstawie skierowania lekarskiego;
 - 9) uprawianiem przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo

niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

- 10) obrażeniami doznanymi w wyniku działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem chemicznym, biologicznym, radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
- 11) obrażeniami doznanymi w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo;
- 12) nieszczęśliwym wypadkiem spowodowanym lub mającym miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń, o których mowa w pkt 1, 5, 9, 10, 11.

§ 7. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.
2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.
4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;
 - 2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem był pobyt Osoby Ubezpieczonej w szpitalu lub na OIOM, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.
2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,



2) dokumentację związaną z pobytem Osoby Ubezpieczonej w szpitalu (w szczególności w oparciu o kartę leczenia szpitalnego) oraz z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) dokumentację potwierdzającą pobyt Osoby Ubezpieczonej na OIOM (w wariantcie plus),

4) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. W przypadku udokumentowanego pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia.

§ 11. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawo-

wego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 75 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM w następstwie choroby, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 60 lat.

§ 12. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 13. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZ)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 5
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZ)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Osoby Ubezpieczonej (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej, która spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) jest pracownikiem Ubezpieczającego,
- 2) ma nie więcej niż 55 lat.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Poważne zachorowanie** – to wystąpienie któregośkolwiek ze stanów chorobowych w zdrowiu Osoby Ubezpieczonej, określonych w ust. 1 pkt 1-6; w rozumieniu niniejszych OWDU poważnymi zachorowaniami są:

1) **Nowotwór złośliwy** – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu niniejszych OWU za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i nowotwory krwi. Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. W rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- a) nowotworu łagodnego,
- b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
- c) hiperkeratozy, nowotworu skóry innego niż czerniak złośliwy naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka 4),
- d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) w pierwszym stadium zaawansowania (obejmuje stadia IA i IB),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
- f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (łącznie T1a i T1b) w klasyfikacji TNM,
- g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

2) **Udar mózgu** – incydent naczyniowo – mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego. Wymagane jest przedstawienie dowodów na istnienie utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 30 dni.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwienych mózgu,
- b) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- c) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,
- d) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- e) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- f) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego,

g) skutków choroby kesonowej.

3) **Zawał serca** – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego, powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

- a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny (podwiersdziowy, non Q),
- b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,
- c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

4) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno – wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu polegająca na wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno – wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

- a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- b) każdego innego niż wszczępienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych,
- c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca.

5) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ.

W rozumieniu niniejszych OWDU za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w szczególności w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było zastosowanie dializy.

6) **Przeszczep narządu** – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej Ośrodka Transplantologii.

W rozumieniu niniejszych OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu:

- 1) narządu sztucznego,
- 2) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

2. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. OGRANICZENIE LUB WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby poważnych zachorowań w ob-



ębie tego samego poważnego zachorowania. W przypadku wystąpienia u Osoby Ubezpieczonej ponownie tego samego poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu.

3. W przypadku zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych poważnych zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w obrębie danego poważnego zachorowania w przypadku wystąpienia tego poważnego zachorowania przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 6 miesięcy od tego dnia.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek poważnego zachorowania w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia innego poważnego zachorowania, objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację medyczną związaną z wystąpieniem poważnego zachorowania Osoby Ubezpieczonej, niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę Ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 9. BRAK OBOWIĄZKU WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Osoba Ubezpieczona zmarła w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia tego poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

2. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 1 świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Osoby Ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania – w obrębie danego poważnego zachorowania, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 3,

2) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 60 lat.

3. W przypadku zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej wygasa w obrębie tych poważnych zachorowań w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu któregośkolwiek z nich, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
WARIANT STANDARDOWY (GNPW), WARIANT PLUS (GNPC)**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 5, § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5 ust. 2, 3, § 6, § 9 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WARIANT STANDARDOWY (GNPW), WARIANT PLUS (GNPC)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej, która spełnia łącznie następujące warunki:

1) jest pracownikiem Ubezpieczającego,

2) ma nie więcej niż 59 lat.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (obejmującego ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku), określonego w § 4, albo

2) wariantu plus (obejmującego ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby), określonego w § 5.

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w dokumencie ubezpieczenia.

5. Postanowienia niniejszych OWDU, nie zastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 3, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Całkowita niezdolność do pracy** – całkowita, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy niezdolność Osoby Ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku.

2. **Dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień następujący po ostatnim dniu dwunastomiesięcznego okresu całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej, o którym mowa w ust. 1

3. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant standardowy).

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej, o którym mowa w § 3 ust. 1, mieści się w całości

w okresie ubezpieczenia.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU (wariant plus).

2. W przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitej niezdolności do pracy, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy, o którym mowa w § 3 ust. 1, mieści się w całości w okresie ubezpieczenia.

3. W przypadku wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej w następstwie choroby, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) choroba lub infekcja, będąca przyczyną całkowitej niezdolności do pracy, została ujawniona (zdiagnozowana lub objęta leczeniem) nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,

2) dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy, o którym mowa w § 3 ust. 1, mieści się w całości w okresie ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy Osoby Ubezpieczonej spowodowana była:

1) samookaleczeniem się, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę Ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) zatruciem spowodowanym spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków;

3) wypadkiem spowodowanym przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta pozostawała pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

4) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę Ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami;

5) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

6) leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

7) uprawianiem przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspi-



naczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

8) obrażeniami doznanymi w wyniku działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Osoby Ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem chemicznym, biologicznym, radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;

9) obrażeniami doznanymi w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Osobę Ubezpieczoną czynu stanowiącego umyślne przestępstwo;

10) nieszczęśliwym wypadkiem spowodowanym lub mającym miejsce w bezpośrednim następstwie zdarzeń, o których mowa w pkt 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9.

§ 7. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo.

Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJĘCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajęcia nieszczęśliwego wypadku:

1) Osoba Ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajęcia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem była całkowita niezdolność do pracy Osoby Ubezpieczonej, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpie-

czonej i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajęcia nieszczęśliwego wypadku lub choroby oraz całkowitą niezdolnością do pracy Osoby Ubezpieczonej, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę Ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 11. BRAK OBOWIĄZKU WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Osoba Ubezpieczona zmarła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niej całkowitej niezdolności do pracy, o którym mowa w § 3 ust. 2, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

2. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 1 świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy Osoby Ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby Ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 12. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia;

2) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 60 lat.

§ 13. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 14. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ RODZINNYCH (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 5, § 7, § 8, § 10, § 12, § 13, § 15, § 17, § 18, § 20, § 23, § 24, § 27, § 29, § 30, § 32, § 35, § 36, § 38, § 40, § 41, § 43
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 7, § 9, § 14, § 19, § 24 ust. 2, § 25, § 26 ust. 2, § 31, § 36 ust. 2, § 37, § 42
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWYCH GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ RODZINNYCH (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR)

Rozdział I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIA DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć następujących ubezpieczeń dodatkowych:

1) Ubezpieczenia dodatkowego z tytułu urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka, określonego w Rozdziale II niniejszych OWDU;

2) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek osierocenia dziecka na skutek zgonu Osoby Ubezpieczonej, określonego w Rozdziale III niniejszych OWDU;

3) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci dziecka, określonego w Rozdziale IV niniejszych OWDU;

4) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, określonego w Rozdziale V niniejszych OWDU;

5) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci małżonka, określonego w Rozdziale VI niniejszych OWDU;

6) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, określonego w Rozdziale VII niniejszych OWDU;

7) Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia, określonego w Rozdziale VIII niniejszych OWDU.

3. Wykaz odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych, spośród wymienionych w ust. 2, na podstawie których Osoba Ubezpieczona jest objęta ochroną ubezpieczeniową, jest określony w dokumencie ubezpieczenia.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe na wypadek osierocenia dziecka, może nastąpić tylko w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej, która jest pracownikiem Ubezpieczającego.

5. Towarzystwo może odmówić objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową.

6. Postanowienia ogólne, tj. § 1-5, oraz postanowienia końcowe, tj. § 44-45, mają zastosowanie do wszystkich ubezpieczeń dodatkowych, wymienionych w ust. 2.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia używane w niniejszych OWDU, nie objaśnione w ubezpieczeniach dodatkowych, o których mowa w Rozdziałach II-VIII, zostały zdefiniowane w OWU.

§ 3. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 4. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 5. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek,

4) dokumenty wskazane odpowiednio w postanowieniach dotyczących wypłaty świadczeń w Rozdziałach II-VIII.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

Rozdział II

UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD, GMU)

§ 6. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka.

§ 7. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się dziecka własnego Osoby Ubezpieczonej, o ile pozostawało przy życiu ponad 24 godziny od chwili narodzin.

2. **Urodzenie się martwego noworodka** – urodzenie się dziecka własnego Osoby Ubezpieczonej, po 36 tygodniu trwania ciąży, o ile pozostawało przy życiu krócej niż 24 godziny od chwili narodzin lub zmarło w trakcie porodu.

§ 8. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci urodzenia się dziecka, o którym mowa w § 7 ust. 1, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci urodzenia się martwego noworodka, o którym mowa w § 7 ust. 2, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości podwójnej sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.



§ 9. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do osób objętych ubezpieczeniem dodatkowym z tytułu urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka okres karencji wynosi:

- 1) 10 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia – w przypadku urodzenia się dziecka;
- 2) 1 miesiąc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia – w przypadku urodzenia się martwego noworodka.

§ 10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącymi podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, są:

- 1) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka,
- 2) skrócony odpis aktu urodzenia noworodka lub skrócony odpis aktu zgonu noworodka – w przypadku urodzenia się martwego noworodka.

Rozdział III

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA NA SKUTEK ZGONU OSOBY UBEZPIECZONEJ (GOD)

§ 11. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 12. DEFINICJA POJĘCIA

Osierocenie dziecka – śmierć Osoby Ubezpieczonej, jeżeli w chwili swojej śmierci miała ona co najmniej jedno dziecko, będące dzieckiem własnym, przysposobionym lub pasierbem (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, a pasierb w chwili śmierci Osoby Ubezpieczonej miał to samo miejsce zamieszkania co zmarła Osoba Ubezpieczona), w wieku do 25 lat.

§ 13. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci osierocenia dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu osieroconemu dziecku, o którym mowa w § 12, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 14. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 15. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącymi podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, są:

- 1) skrócony odpis aktu zgonu Osoby Ubezpieczonej,
- 2) dokumenty potwierdzające fakt posiadania dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba przez Osobę Ubezpieczoną.

Rozdział IV

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD)

§ 16. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci dziecka.

§ 17. DEFINICJA POJĘCIA

Śmierć dziecka – zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, a pasierb w chwili śmierci miał to samo miejsce zamieszkania co Osoba Ubezpieczona), jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono ponad 24 godziny życia od chwili narodzin oraz nie więcej niż 25 lat.

§ 18. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci dziecka, o którym mowa w § 17, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 19. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Postanowienia OWU w zakresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby Ubezpieczonej, stosuje się odpowiednio w stosunku do dziecka.

2. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 20. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącymi podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, są:

- 1) skrócony odpis aktu zgonu dziecka,
- 2) dokumenty potwierdzające fakt posiadania dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba przez Osobę Ubezpieczoną.

Rozdział V

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN)

§ 21. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Towarzystwo może objąć Osobę Ubezpieczoną ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile jednocześnie osoba ta jest objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci dziecka.

§ 22. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.



§ 23. DEFINICJA POJĘCIA

Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku – zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Osoby Ubezpieczonej (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, a pasierb w chwili śmierci miał to samo miejsce zamieszkania co Osoba Ubezpieczona), w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat.

§ 24. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w § 23, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć dziecka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy do dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 25. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego dziecko poniosło śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- 1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko albo jego okaleczenia na własną jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;
- 3) zatrucia się dziecka spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawiania przez dziecko pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez dziecko, jeżeli nie posiadało odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu wymaganego odpowiednimi przepisami;
- 5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
- 6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 7) uprawiania przez dziecko amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych.
- 8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, buntach i aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 26. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku:

- 1) dziecko powinno być niezwłocznie poddane opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu,
 - 2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem była śmierć dziecka, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad dzieckiem.
2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 27. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącymi podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, są:

- 1) skrócony odpis aktu zgonu dziecka,
- 2) dokumenty potwierdzające fakt posiadania dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba przez Osobę Ubezpieczoną.

Rozdział VI UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW)

§ 28. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci małżonka.

§ 29. DEFINICJA POJĘCIA

Śmierć małżonka – zgon osoby pozostającej z Osobą Ubezpieczoną w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

§ 30. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci małżonka, o którym mowa w § 29, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 31. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Postanowienia OWU w zakresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby Ubezpieczonej, stosuje się odpowiednio w stosunku do małżonka.
2. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 32. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentem, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącym podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, jest skrócony odpis aktu zgonu małżonka.



Rozdział VII UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKAW NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN)

§ 33. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Towarzystwo może objąć Osobę Ubezpieczoną ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile jednocześnie osoba ta jest objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci małżonka.

§ 34. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 35. DEFINICJA POJĘCIA

Śmierć małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku – zgon osoby pozostającej z Osobą Ubezpieczoną w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli śmierć była następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 36. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia w postaci śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w § 35, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci małżonka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć małżonka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 37. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego małżonek poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- 1) samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo jego okaleczenia na własną jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 2) chorób lub zaburzeń psychicznych, niedorozwoju umysłowego, ataku konwulsji, drgawek lub padaczki;
- 3) zatrucia się małżonka spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnym nadużywaniem leków, a także pozostawania przez małżonka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez małżonka, jeżeli nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego

do prowadzenia danego pojazdu wymaganego odpowiednimi przepisami;

- 5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);

- 6) leczenia lub zabiegów leczniczych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;

- 7) uprawiania przez małżonka amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie, nurkowania, sportów motorowych i motorowodnych;

- 8) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terrorizmu lub czynnego udziału małżonka w zamieszkach, rozruchach, buntach i aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.

§ 38. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentem, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącym podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, jest skrócony odpis aktu zgonu małżonka.

Rozdział VIII UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR)

§ 39. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzeń w postaci śmierci rodzica lub śmierci teścia.

§ 40. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Śmierć rodzica** – zgon matki lub ojca Osoby Ubezpieczonej; za śmierć rodzica w rozumieniu niniejszych OWDU uważa się również zgon osoby, która pozostaje z ojcem lub matką Osoby Ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem na podstawie niniejszych OWDU nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Osoby Ubezpieczonej.

2. **Śmierć teścia** – zgon matki lub ojca małżonka Osoby Ubezpieczonej; za śmierć teścia w rozumieniu niniejszych OWDU uważa się również zgon osoby, która pozostaje z ojcem lub matką małżonka Osoby Ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem na podstawie niniejszych OWDU nie żyje odpowiednio matka lub ojciec małżonka Osoby Ubezpieczonej.

§ 41. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, któregośkolwiek ze zdarzeń, o których mowa w § 40, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 42. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Postanowienia OWU w zakresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby Ubezpieczonej, stosuje się odpowiednio



w stosunku do rodzica lub teścia.

2. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 43. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Dokumentami, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 4, będącymi podstawą podjęcia decyzji odnośnie wypłaty świadczenia, są:

- 1) skrócony odpis aktu zgonu rodzica lub aktu zgonu teścia,
- 2) skrócony odpis aktu urodzenia Osoby Ubezpieczonej lub aktu urodzenia małżonka Osoby Ubezpieczonej,
- 3) skrócony odpis aktu zawarcia małżeństwa (w przypadku zgonu teścia).

Rozdział IX POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 44. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 45. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. wchodzi w życie z dniem 30 listopada 2003 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GWP)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5, § 8 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GWP)

§ 1. WSTĘP

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa może nastąpić tylko w odniesieniu do Pracownika Ubezpieczającego.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Pracownika w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia:

1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego Pracownika z Ubezpieczającym stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

2) podczas podróży służbowej, chyba że wypadek ten spowodowany został postępowaniem Pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

3) w drodze do pracy lub z pracy, o ile wypadek ten został uznany za wypadek w drodze do pracy lub z pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673).

2. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Pracownika w następstwie Wypadku przy pracy w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia Wypadku przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków przy pracy powstałych w wyniku:

- 1) chorób, w tym chorób psychicznych, nawet jeśli objawiły się u Pracownika w sposób nagły;
- 2) spożycia przez Pracownika alkoholu, użycia narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnego nadużycia leków, a także pozostawania przez Pracownika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywa-

nych zgodnie z zaleceniami lekarza;

3) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Pracownika, jeżeli Pracownik nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami lub gdy pojazd ten nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym, przepisami prawa o bezpieczeństwie pracy lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu;

4) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, w tym:

- a) bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień,
- b) niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;

5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Pracownika w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Pracownika czynu stanowiącego umyślne przestępstwo;

nawet, jeżeli wymienione przyczyny nie były jedynymi przyczynami zajścia Wypadku przy pracy.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, jeżeli Pracownik, który uległ Wypadkowi przy pracy odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Wypadku przy pracy był pod wpływem środków wymienionych w ust. 1 pkt 2.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo po otrzymaniu informacji, o jakich mowa powyżej, świadczących o zwiększonym ryzyku ubezpieczenia danego Pracownika może odmówić objęcia go ochroną ubezpieczeniową lub naliczyć wyższą składkę ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.



§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU PRZY PRACY

1. W razie zajścia Wypadku przy pracy:

- 1) Pracownik powinien być niezwłocznie poddany opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym,
 - 2) należy zawiadomić o Wypadku przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję,
 - 3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Pracownik był w chwili zajścia Wypadku przy pracy pod wpływem środków wymienionych w § 5 ust. 1 pkt 2,
 - 4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia Wypadku przy pracy, którego skutkiem była śmierć Pracownika, w tym także od lekarzy sprawujących nad nim opiekę.
2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
- 2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku przy pracy oraz śmierci Pracownika, w tym protokół powypadkowy sporządzony przez uprawniony organ, a także dokumentację medyczną niezbędną

do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

- 3) skrócony odpis aktu zgonu Pracownika,
 - 4) kopię dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek.
3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie innych niezbędnych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danego Pracownika odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym kończy on 75 lat.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27.09.2006 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2006 r.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5, § 8 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP)

§ 1. WSTĘP

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU).

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa może nastąpić tylko w odniesieniu do Pracownika Ubezpieczającego.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Pracownika w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Droga** – droga w rozumieniu prawa o ruchu drogowym.

2. **Pojazd lądowy** – rower lub pojazd o napędzie mechanicznym, wykorzystywany w ruchu lądowym, będący motorowerem, skuterem, motocyklem, samochodem osobowym, samochodem ciężarowym, autobusem, pociągiem, tramwajem lub trolejbusem, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, jeżeli spełnia wymagania obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego; w rozumieniu niniejszych OWDU za mechaniczny pojazd lądowy nie uważa się pojazdów używanych do celów specjalnych innych niż karetka, wóz policyjny lub strażacki.

3. **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu niniejszych OWDU za statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

4. **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący połączenia lotnicze, należący do przewoźnika zrzeszonego w IATA (Międzynarodowe Zrzeszenie Przewoźników Powietrznych).

5. **Wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia:

1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach łączącego Pracownika z Ubezpieczającym stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

2) podczas podróży służbowej, chyba że wypadek ten spowodowany został postępowaniem Pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

3) w drodze do pracy lub z pracy, o ile wypadek ten został uznany za wypadek w drodze do pracy lub z pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673).

6. **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – Wypadek przy pracy, którego skutkiem jest śmierć Pracownika, spełniający przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

1) był wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze, Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego;

2) wydarzył się w miejscu pracy Pracownika i był wywołany ruchem Pojazdu lądowego, wózka widłowego, kolejki szynowej lub ciągnika ciągnącego przyczepę przeznaczoną do przewozu towarów lub osób.

7. Pozostałe pojęcia używane w OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Pracownika w następstwie Wypadku komunikacyjnego przy pracy w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną śmierci Pracownika, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Pracownika nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w wyniku:

1) chorób, w tym chorób psychicznych, nawet jeśli objawiły się u Pracownika w sposób nagły;

2) spożycia przez Pracownika alkoholu, użycia narkotyków lub innych środków odurzających albo umyślnego nadużycia leków, a także pozostawania przez Pracownika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza;

3) prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego przez Pracownika, jeżeli Pracownik nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia, wymaganego odpowiednimi przepisami lub gdy Pojazd albo Statek nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym, przepisami prawa o bezpieczeństwie pracy lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lub Statku;

4) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, w tym:

a) bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień,

b) niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;

5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Pracownika w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia chemicznego, biologicznego, radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej;

6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Pracownika czynu stanowiącego umyślne przestępstwo;

nawet, jeżeli wymienione przyczyny nie były jedynymi przyczynami zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, jeżeli Pracownik,



który uległ Wypadkowi komunikacyjnemu przy pracy odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy był pod wpływem środków wymienionych w ust. 1 pkt 2.

§ 6. DODATKOWE OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z ROZSZERZANIEM ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku rozszerzania zakresu odpowiedzialności o ubezpieczenie dodatkowe na podstawie niniejszych OWDU, Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia osób obejmowanych ubezpieczeniem dodatkowym.

2. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie. Podanie brakujących informacji powinno nastąpić w terminie wskazanym przez Towarzystwo.

3. Towarzystwo może skierować osoby obejmowane ubezpieczeniem dodatkowym na badania przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań pokrywa Towarzystwo. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe w stosunku do danej osoby może być uzależnione od wyników badania lekarskiego.

4. Towarzystwo po otrzymaniu informacji, o jakich mowa powyżej, świadczących o zwiększonym ryzyku ubezpieczenia danego Pracownika może odmówić objęcia go ochroną ubezpieczeniową lub naliczyć wyższą składkę ubezpieczeniową.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

1. W razie zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy:

1) Pracownik powinien być niezwłocznie poddany opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o Wypadku komunikacyjnym przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję,

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Pracownik był w chwili zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy pod wpływem środków wymienionych w § 5 ust. 1 pkt 2,

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy, którego

skutkiem była śmierć Pracownika, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Decyzję odnośnie wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo, z uwzględnieniem wyłączeń wynikających z OWU i niniejszych OWDU, w oparciu o:

1) wniosek o wypłatę świadczenia,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia Wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz śmierci Pracownika, w tym protokół powypadkowy sporządzony przez uprawniony organ, a także dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

3) kopię dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek

4) dokumentację dopuszczającą dany Pojazd lub Statek do ruchu bądź użytkowania.

3. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do świadczenia o przedstawienie innych niezbędnych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

§ 10. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danego Pracownika odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym kończy on 75 lat.

§ 11. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 12. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27.09.2006r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2006r.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 5
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU). Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć tylko jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej, określonego w dokumencie ubezpieczenia:

- 1) wariantu standardowego,
- 2) wariantu plus,
- 3) wariantu VIP.

3. Zakres świadczeń assistance każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

- 1) Osoby Ubezpieczonej;
 - 2) Małżonka Osoby Ubezpieczonej;
 - 3) Dziecka Osoby Ubezpieczonej;
 - 4) Rodzica Osoby Ubezpieczonej lub Rodzica Małżonka Osoby Ubezpieczonej — jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 4 ust. 1 i; przy czym w przypadku osób wymienionych w pkt 2) — 4), uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony o ryzyko assistance od objęcia tych osób ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.
5. Świadczenia assistance realizowane są przez centrum operacyjne.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt 1) — 4) w okresie ubezpieczenia.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Centrum operacyjne** — centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej, Dziecku Osoby Ubezpieczonej, Rodzicowi Osoby Ubezpieczonej lub Rodzicowi Małżonka Osoby Ubezpieczonej;

2. **Choroba** — potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego;

3. **Choroba przewlekła** — choroba wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy;

4. **Choroba psychiczna** — choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD — 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

5. **Dziecko Osoby Ubezpieczonej** — dziecko własne Osoby Ubezpieczonej lub przez nią przysposobione, które w dniu zajścia zdarzenia

ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia;

6. **Inwalidztwo** — fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego;

7. **Lekarz uprawniony** — lekarz konsultant centrum operacyjnego;

8. **Małżonek Osoby Ubezpieczonej** — osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Osobą Ubezpieczoną w związku małżeńskim;

9. **Miejsce zamieszkania Osoby Ubezpieczonej** — miejsce stałego pobytu Osoby Ubezpieczonej na terenie Polski, wskazane przez Osobą Ubezpieczoną, przy czym w przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Osoba Ubezpieczona jest zobowiązana do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu;

10. **Placówka medyczna** — szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

11. **Osoba niesamodzielna** — osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Osoby Ubezpieczonej, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;

12. **Rodzic Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej** — naturalny ojciec lub naturalna matka Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej. Za rodzica Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej uważa się również ojczyma lub macochę Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Osoby Ubezpieczonej / Małżonka Osoby Ubezpieczonej;

13. **Sprzęt rehabilitacyjny** — sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielnie lub ułatwione funkcjonowanie;

14. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** — zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zawartego na podstawie niniejszych OWDU, polegające na wystąpieniu u Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej choroby zdefiniowanej w ust. 2 lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2), za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5.

15. Pozostałe pojęcia używane w niniejszych OWDU zostały zdefiniowane w OWU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:

1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej lub Dziecku Osoby Ubezpie-



czoney w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej;
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne;
 - 4) infolinia „Baby assistance”;
 - 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa;
 - 6) udzielenie pomocy medycznej Rodzicowi Osoby Ubezpieczonej.
2. Towarzystwo spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego i wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, potwierdzonego dokumentem ubezpieczenia. Świadczenia, przysługujące w ramach danego wariantu oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do niniejszych OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo gwarantuje Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej i Dziecku Osoby Ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem, że usługi wymienione w pkt. 1) — 11) świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 1) wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku — organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego.
 - 2) wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku — organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w specjalistycznej placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego.
 - 3) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku — organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej jeżeli, w wyniku nieszczęśliwego wypadku Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej byli hospitalizowani przez co najmniej 6 dni.
 - 4) dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza — organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej, w sytuacji, gdy Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia.
 - 5) organizacja procesu rehabilitacyjnego — zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni

rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.

- 6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego — jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:
 - a) organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - b) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej.
 - 7) transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego — organizowany w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej w placówce medycznej, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 8) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu — organizowany w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej przebywają w placówce medycznej, jeżeli ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 9) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej — organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub, gdy Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej skierowani są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, a ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
 - 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi — jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba Ubezpieczona lub Małżonek Osoby Ubezpieczonej przebywają w szpitalu, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszt opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Osoby Ubezpieczonej. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne doloży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.
 - 11) pomoc domowa po hospitalizacji — jeżeli Osoba Ubezpieczona, Małżonek Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej są hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Osoba Ubezpieczona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.
5. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2), Towarzystwo gwarantuje Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej lub Dziecku Osoby Ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem — jeżeli, zdaniem lekarza uprawnionego, będzie wskazana na skutek trudnej sytuacji losowej takiej jak:
- a) zgon Małżonka Osoby Ubezpieczonej;



- b) zgon Dziecka Osoby Ubezpieczonej;
- c) zgon Rodziców Osoby Ubezpieczonej oraz Rodziców Małżonka Osoby Ubezpieczonej;
- d) wystąpienie u Osoby Ubezpieczonej poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

6. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 4 i 5, decyduje lekarz uprawniony.

7. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z dodatkowego grupowego ubezpieczenia przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWDU, usługa może być wykonana przez centrum operacyjne, o ile Osoba Ubezpieczona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3), Towarzystwo gwarantuje Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej i Dziecku Osoby Ubezpieczonej:

1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;

2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;

3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;

4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;

5) informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych;

6) informacje o dietach i zdrowym żywieniu;

7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Osobie Ubezpieczonej 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 lub Towarzystwa.

9. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4), Towarzystwo gwarantuje Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej i Dziecku Osoby Ubezpieczonej dostęp do informacji o:

1) objawach ciąży;

2) badaniach prenatalnych;

3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;

4) szkołach rodzenia;

5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;

6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;

7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;

10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 5), Towarzystwo gwarantuje Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej lub Dziecku Osoby Ubezpieczonej organizację przystosowania dla nich miejsca pracy (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznali trwałego inwalidztwa, o którym mowa w § 3 ust. 6.

Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Osobę Ubezpieczoną.

11. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 6), Towarzystwo gwarantuje Rodzicowi Osoby Ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1) pomoc domową oraz pielęgniarstką — zorganizowanie i pokrycie

kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Rodzica Ubezpieczonego.

Towarzystwo pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarstwiej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

2) transport na wizytę kontrolną — zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny.

3) infolinię medyczną — dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

12. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 11, decyduje lekarz uprawniony.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 3 ust. 14, nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych OWDU, i ponadto nie obejmuje:

1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3) kosztów poniesionych przez Osobę Ubezpieczoną, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby Ubezpieczonej bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5;

4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);

5) kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);

6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, helioterapii;

b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terrorizmu;

c) pozostawiania/działania Osoby Ubezpieczonej, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecka Osoby Ubezpieczonej pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;

d) chorób psychicznych;

e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);



- f) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej takich jak: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- h) poddania się przez Osobę Ubezpieczoną, Małżonka Osoby Ubezpieczonej, Dziecko Osoby Ubezpieczonej lub Rodzica Osoby Ubezpieczonej leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- k) chorób przewlekłych (nie dotyczy usług wymienionych w § 4 ust. 11).

§ 6. ZASADY OPIACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJĘCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Osoba Ubezpieczona, Małżonka Osoby Ubezpieczonej lub Dziecko Osoby ubezpieczonej są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) krótki opis zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Osoba Ubezpieczona, Małżonka Osoby Ubezpieczonej, Dziecko Osoby Ubezpieczonej, Rodzic Osoby Ubezpieczonej lub Rodzic Małżonka Osoby Ubezpieczonej zobowiązani są na wniosek centrum

operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4. W przypadku, gdy Osoba Ubezpieczona, Małżonka Osoby Ubezpieczonej, Dziecko Osoby Ubezpieczonej, Rodzic Osoby Ubezpieczonej lub Rodzic Małżonka Osoby Ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w ust. 1 — 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Osoba Ubezpieczona, Małżonka Osoby Ubezpieczonej, Dziecko Osoby Ubezpieczonej, Rodzic Osoby Ubezpieczonej lub Rodzic Małżonka Osoby Ubezpieczonej nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej, Dziecku Osoby Ubezpieczonej, Rodzicowi Osoby Ubezpieczonej lub Rodzicowi Małżonka Osoby Ubezpieczonej w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego kończy się w stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej w przypadku:
 - 1) zgonu Osoby Ubezpieczonej,
 - 2) wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 9. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 10. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 06/2007 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2007 r. wchodzi w życie z dniem 28 lutego 2007 r.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 4 ust. 2, § 5, § 6 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU). Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU, może nastąpić tylko w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w wariantach Plus lub VIP.

3. Zakres świadczeń assistance określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

1) Osoby Ubezpieczonej;

2) Małżonka Osoby Ubezpieczonej,

zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, przy czym w przypadku Małżonka Osoby Ubezpieczonej, uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony na podstawie niniejszych OWDU od objęcia go ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.

§ 2. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt. 1) i 2) w okresie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zapewnieniu Osobie Ubezpieczonej lub Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1, realizowanych za pośrednictwem Centrum pomocy.

3. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1 jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 4, potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn Pracodawcy.

§ 3. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Centrum pomocy** - centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie Ubezpieczonej lub Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej;

2. **Data wypowiedzenia umowy o pracę** - data wręczenia wypowiedzenia umowy o pracę;

3. **Pracodawca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Osobą Ubezpieczonej lub Małżonkiem Osoby Ubezpieczonej umowę o pracę na czas nieokreślony;

4. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, polegające na pogorszeniu się stanu zdrowia i ko-

nieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy przez Osobę Ubezpieczonej lub Małżonka Osoby Ubezpieczonej, tj. w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Osobą Ubezpieczonej/Małżonkiem Osoby Ubezpieczonej z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych), w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Osoby Ubezpieczonej lub Małżonka Osoby Ubezpieczonej.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance przysługujące Osobie Ubezpieczonej lub Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 4:

1) **pomoc psychologa po utracie pracy** - Centrum pomocy zapewnia Osobie Ubezpieczonej lub Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Centrum pomocy z Osobą Ubezpieczonej/ Małżonkiem Osoby Ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5. Pomoc psychologa ma przede wszystkim na celu:

a) wywiad i diagnozę psychologiczną;

b) interwencję kryzysową;

c) udzielenie porad i wskazówek w zakresie radzenia sobie ze stresem;

d) inne porady i wskazówki w zależności od stanu emocjonalnego, ewentualnie skierowanie do dalszej opieki psychologa lub psychiatry.

2) **usługi informacyjne** - Towarzystwo, na wniosek Osoby Ubezpieczonej lub Małżonka Osoby Ubezpieczonej, świadczy poprzez Centrum pomocy usługi informacyjne (adresy, telefony) dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) **pakiet informacyjny** - Centrum pomocy w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Osobę Ubezpieczonej lub Małżonka Osoby Ubezpieczonej kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień § 5, wysyła do Osoby Ubezpieczonej/ Małżonka Osoby Ubezpieczonej drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych określony w załączniku do niniejszych OWDU. Zmiany załącznika nie stanowią zmiany OWDU.

4) **informacja telefoniczna** - Osoba Ubezpieczona lub Małżonek Osoby Ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5, mają możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji określonych w załączniku do niniejszych OWDU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje usług w zakresie świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 1, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zajścia zda-



rzenia ubezpieczeniowego w zakresie świadczeń assistance wymienionych w § 4 ust. 1, jeżeli to zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w ciągu pierwszych 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba Ubezpieczona lub Małżonek Osoby Ubezpieczonej zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się telefonicznie z Centrum pomocy czynnym przez całą dobę, podając następujące dane:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania Osoby Ubezpieczonej;
- 3) numer polisy;
- 4) okres ubezpieczenia;
- 5) datę oraz opis zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) numer telefonu do skontaktowania się z Osobą Ubezpieczoną/Małżonkiem Osoby Ubezpieczonej;
- 7) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

2. Osoba Ubezpieczona lub Małżonek Osoby Ubezpieczonej powinni w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę, umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu, przesłać do Centrum pomocy kopię tego oświadczenia.

3. W przypadku, gdy Osoba Ubezpieczona lub Małżonek Osoby Ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w § 6 ust. 1 i 2, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby Ubezpieczonej lub Małżonka Osoby Ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa po upływie 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 8. PRZEPISY STOSOWANE W SPRAWACH NIE UREGULOWANYCH W OWDU

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 06/2007 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2007 r. wchodzi w życie z dniem 28 lutego 2007 r.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

Zakres Ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń Assistance w okolicznościach utraty pracy oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Zakres świadczeń

1.	pomoc psychologa po utracie pracy	150 zł
2.	usługi informacyjne dotyczące korzystania z poradni zdrowia psychicznego	bez limitu
3.	pakiet informacyjny, zawierający: a) instrukcje dotyczące pisania CV (Curriculum Vitae) wraz ze wzorem CV; b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego wraz ze wzorem listu motywacyjnego; c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu.	bez limitu
4.	Informacja telefoniczna, dotycząca: a) odpraw pieniężnych, przysługujących Osobie Ubezpieczonej lub Małżonkowi Osoby Ubezpieczonej zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy; b) świadczeń przedemerytalnych; c) praw i obowiązków bezrobotnych; d) rejestracji w urzędzie pracy; e) sposobu ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych; f) innych form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym; g) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami; h) dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.	bez limitu



INFORMACJA PODATKOWA O PRZEPISACH REGULUJĄCYCH OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ (stan prawny na dzień 1 marca 2005r.)

Działając na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, 1151, z późn. zm.) Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group informuje, że przepisami regulującymi opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń są:

1) art. 21 ust. 1 pkt 4) lit. b) ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.), w brzmieniu: „Wolne od podatku dochodowego są (...) kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń (...) osobowych, z wyjątkiem dochodu, o którym mowa w art. 24 ust. 15,”;

2) art. 24 ust. 15 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych,

w brzmieniu: „Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica pomiędzy wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy.”;

3) art. 12 ust. 1 pkt 1) ustawy z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 13 i 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO PRACOWNICZEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „GRU/P” ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie „GRU/P” zatwierdzonych Uchwałą Nr 58/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 24 września 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

1. w § 3 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 16 dodaje się ust. 17 w brzmieniu:

„17. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie agentowi ubezpieczeniowemu działającemu w imieniu i na rzecz Towarzystwa.”

2. w § 7 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 11 dodaje się ust. 11a w brzmieniu:

„11a. Z zachowaniem postanowień ust. 12 poniżej Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w chwili wystawienia Polisy przez Towarzystwo.”

3. § 11 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiednich uprawnień nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

4. § 11 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarsstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

5. § 24 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej, w trybie o którym mowa § 26.”

6. § 26 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby lub adresu korespondencyjnego.”

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW, GNZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

1. § 3 ust.2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych. W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się również zawału, który nie został stwierdzony w protokole badania sekcyjnego – w przypadku śmierci przed wykonaniem badania EKG lub badania aktywności enzymów wskaźnikowych mięśnia sercowego.”

2. § 6 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

3. § 6 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych,



windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

2. § 5 ust. 2 pkt 5) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5) uprawiania przez Osobę Ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo następujących niebezpiecznych sportów: lotniarstwa, sportów motorowych i motorowodnych.”

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GKN) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

2. § 5 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping,

speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU, GTZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 3 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3. Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.”

2. § 6 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

3. § 6 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:



„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 marca 2004 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 15 marca 2004 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

2. § 5 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) zatwierdzonych Uchwałą Nr 13/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lutego 2004 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2004 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na

gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPS, GPO) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. w § 3 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Lekomania (inaczej: zależność lekowa lub lekozależność) – uzależnienie od leków, forma toksykomanii, która wywołuje stan psychiczny lub fizyczny, wynikający z interakcji leku i żywego organizmu, charakteryzujący się zmianami zachowania zawsze łącznie z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu psychicznego lub fizycznego lub w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z brakiem leku.”

2. § 6 ust. 2 pkt 5) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5) zatruciem spowodowanym spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo Lekomania,”

3. § 6 ust. 2 pkt 9) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 9.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 3 ust. 1 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:



- i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
- ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
- iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,
- iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

- i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
- ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,
- iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.”

§ 10.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (GNPW, GNPC) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 6 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

2. § 6 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 11.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub później:

I. § 25 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez dziecko, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

2. § 25 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez dziecko sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

3. § 37 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez małżonka, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że brak odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie miał wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,”

4. § 37 ust. 2 pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

§ 12.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy (GWP) zatwierdzonych Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 września 2006 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2006 r. lub później:

I. § 5 ust. 1 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:



„3) prowadzenia przez Pracownika pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu (zwanych dalej łącznie pojazdem), jeżeli pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu, chyba że stan techniczny pojazdu lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku przy pracy. Ponadto Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Wypadków przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Pracownika pojazdu, jeżeli Pracownik nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia pojazdu, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku przy pracy.”

§ 13.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) zatwierdzonych Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 września 2006 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2006 r. lub później:

I. § 5 ust. 1 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) prowadzenia przez Pracownika Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego (zwanych dalej łącznie pojazdem), jeżeli pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu, chyba że stan techniczny pojazdu lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego przy pracy. Ponadto Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Pracownika pojazdu, jeżeli Pracownik nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia pojazdu, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego przy pracy.”

§ 14.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) zatwierdzonych Uchwałą Nr 06/2007 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 lutego 2007 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 28 lutego 2007 r. lub później:

I. § 4 ust. 4:

I) pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1) wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku – organizacja

i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej,”

2) pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w specjalistycznej placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej;”

3) pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – organizowany w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej w placówce medycznej;”

4) pkt 8) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„8) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu – organizowany w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej przebywają w placówce medycznej;”

5) pkt 9) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej – organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej skierowani są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej;”

2. § 4 skreśla się ust. 6.

3. § 5 pkt 6) lit. f) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;”

4. § 7 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5. W sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek Osoby ubezpieczonej lub Dziecko Osoby ubezpieczonej nie mogło skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym samo pokryło koszty Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zwróci odpowiednio: Osobie ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub Dziecku Osoby ubezpieczonej poniesione przez nią koszty, ale w wysokości nie wyższej niż w przypadku spełnienia określonych Świadczeń przez Towarzystwo. Postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pod warunkiem, że odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek Osoby ubezpieczonej lub Dziecko Osoby ubezpieczonej skontaktuje się z Centrum operacyjnym w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny uniemożliwiającej skontaktowanie się z Centrum operacyjnym.”



§ 15.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 30/2013

Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 czerwca 2013 r. wchodzi w życie z dniem 01 sierpnia 2013 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14 niniejszego aneksu.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ RODZINNYCH (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR)

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 7 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. **Urodzenie się martwego noworodka** – urodzenie się martwego dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone”.”

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia Ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada od 1 stycznia 2004 r. lub później.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 67/2013 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 16 grudnia 2013 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2014 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 5 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO PRACOWNICZEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU/P) ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie (GRU/P) zatwierdzonych Uchwałą Nr 58/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 24 września 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 3 ust. 17 zdanie drugie ogólnych warunków, o których mowa powyżej, otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Ilekcio w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu, z zachowaniem postanowień § 26 ust. 8.”

2. w § 3 po ust. 17 dodaje się ust. 18-21 o następującym brzmieniu:

1) „**18. Agent ubezpieczeniowy (Agent)** – przedsiębiorca, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.”;

2) „**19. Dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa** – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.”;

3) „**20. Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez będącego osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczającego, Osobę ubezpieczoną, Uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.”;

4) „**21. Środki odurzające** – środki odurzające lub substancje psychotropowe lub środki zastępcze w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.”.

3. w § 16 po ust. 2 dodaje się ust. 3 oraz ust. 4 o następującym brzmieniu:

„3. Towarzystwo po otrzymaniu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu część zapłaconej składki za grupę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

4. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.”.

4. w § 21 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. W przypadku cofnięcia przez Osobę ubezpieczoną zgody na obejmowanie jej ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia w stosunku do danej

Osoby ubezpieczonej wygasa w dniu cofnięcia przez tę osobę zgody na obejmowanie jej ochroną ubezpieczeniową.”.

5. § 23 ust. 2 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) prawidłowo wypełniony wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, dostępny na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, został złożony i pierwsza składka opłacona nie później niż w ciągu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.”.

6. § 23 ust. 3 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) prawidłowo wypełniony wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, dostępny na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, został złożony i pierwsza składka opłacona nie później niż w ciągu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za zmarłego pracownika składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego.”.

7. § 25 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Świadczenie z tytułu zdarzenia objętego umową ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek składany jest na formularzu Towarzystwa za pośrednictwem poczty albo osobiście w Siedzibie Towarzystwa albo w formie elektronicznej poprzez zgłoszenie roszczenia przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl, z zastrzeżeniem, że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia. Wniosek, o którym mowa w zdaniu drugim dostępny jest na stronie internetowej www.compensa.pl, oraz u Agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu i na rzecz Towarzystwa, jak i w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.”.

8. w § 25 po ust. 2 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„2a. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Osoba ubezpieczona są różnymi osobami zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa może zgłosić również Osoba ubezpieczona albo jej spadkobierca. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.”.

9. § 25 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3. Do wniosku o wypłatę świadczenia składanego osobiście albo za pośrednictwem poczty należy dołączyć dokumenty w oryginale lub jako kopie; Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy załączyć dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia:

1) wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek;



- 2) skrócony odpis aktu zgonu Osoby ubezpieczonej;
- 3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Osoby ubezpieczonej, oraz
- 4) odpis skrócony aktu małżeństwa w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest zgłoszony przez Pracownika małżonek.”.
10. w § 25 po ust. 5 dodaje się ust. 5a o następującym brzmieniu:
„5a. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.”.
11. w § 25 po ust. 8 dodaje się ust. 9-13 o następującym brzmieniu:
„9. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.
10. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
11. Sposób:
1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 9 powyżej;
2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 9 powyżej informacji;
3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 9 powyżej nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 9 powyżej.
12. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 9 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
13. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.”.
12. § 26 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„1. Z zachowaniem postanowień § 28a ust. 1-8 OWU zawiadomienia, oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia, wnioski Ubezpieczającego, Osób ubezpieczonych kierowane do Towarzystwa powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie, z zastrzeżeniem, że strony umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający oraz Osoba ubezpieczona mogą dokonywać zawiadomień i oświadczeń w inny uzgodniony sposób, o ile nie jest to sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa.”. W przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych pisemnie przez Osobę ubezpieczoną Ubezpieczający obowiązany jest do niezwłocznego doręczenia ich do Siedziby Towarzystwa.”.
13. w § 26 po ust. 3 dodaje się ust. 4-8 o następującym brzmieniu:
„4. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycje zmian w umowie ubezpieczenia, musi uzgodnić te propozycje z Osobą ubezpieczoną.

5. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Osobie ubezpieczonej całości otrzymanych informacji, tak aby Osoba ubezpieczona miała możliwość pełnego zapoznania się z nimi.
6. Zmiana umowy na niekorzyść Osoby ubezpieczonej lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Osoby ubezpieczonej wymaga zgody tej Osoby ubezpieczonej. Osoba ubezpieczona udziela Ubezpieczającemu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Osoby ubezpieczonej zgody na zmianę umowy ubezpieczenia.
8. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.”.
14. po § 27 dodaje się § 27a o następującym brzmieniu:
„§ 27a. **INFORMACJA PODATKOWA**
Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie świadczeń Towarzystwa są:
1) art. 21 ust. 1 pkt. 4 w związku z art. 24 ust. 15 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 ze zm.), w brzmieniu: „Wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.”;
2) art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy, o której mowa w pkt. 1, w brzmieniu: „Od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19 % zryczałtowany podatek dochodowy, z zastrzeżeniem art. 52a: od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych.”;
3) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”;
4) art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt. 3, w brzmieniu: „Podatek, z zastrzeżeniem art. 21 i 22, wynosi 19% podstawy opodatkowania.”.
15. § 28 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„§ 28. **DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA NIEBĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ**
1. Ubezpieczającemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do świadczenia niebędącym osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:
1) pisemnej:
a) drogą pocztową, za pośrednictwem pośtańca lub kuriera – na adres Siedziby Towarzystwa;



b) osobiście, pozostawiając pisemną skargę lub zażalenie w Siedzibie Towarzystwa;

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

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi lub zażalenia, skarga lub zażalenie powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie;

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie;

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia (polisa, świadectwo ubezpieczeniowe, inne).

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie Towarzystwo potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą, fakt złożenia przez nią skargi lub zażalenia.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest:

1) wyjaśnić przyczyny braku możliwości dotrzymania terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym;

2) wskazać okoliczności, które muszą zostać ustalone;

3) wskazać przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

6. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażalenia.

7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono z osobą wskazaną w ust. 1 powyżej składającą skargę lub zażalenie inną formę odpowiedzi.

8. Jeśli życzeniem osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i osoba ta wyraziła zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest jej tą drogą.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca skargę lub zażalenie ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażeń wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.

11. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby osoby wskazanej w ust. 1 składającej skargę lub zażalenie.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”

16. po § 28 dodaje się § 28a oraz § 28b o następującym brzmieniu:

1) „§ 28a. **DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, OSOBĘ UBEZPIECZONĄ, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA BĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ (W TYM OSOBĄ FIZYCZNĄ WYKONUJĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ**

GOSPODARCZĄ LUB ZAWODOWĄ W RAMACH TZW. JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB SPÓŁKI CYWILNEJ)

1. Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej, Uposażonemu, 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) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.

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 albo listownie;

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

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

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi, skarga powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę;

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę;

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia (polisa, świadectwo ubezpieczeniowe, inne).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.

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. 5 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;

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

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

8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.

9. Odpowiedzi na Reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem postańca lub kuriera, chyba że osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamacje wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi drogą elektroniczną.



W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej składającą Reklamację.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca Reklamację ma prawo:

- 1) odwołać się do Towarzystwa;
- 2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanego w ust. 1 – 10 powyżej osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

- 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzanego przez Rzecznika Finansowego;
- 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.

12. Towarzystwo polega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”,
2) „§ 28b. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku wariant standardowy (GNW), wariant plus (GNZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.
2. w § 10 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

- „1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.
2. w § 9 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GKN) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.
2. w § 9 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:
„7. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.
3. skreśla się § 10.

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wariant standardowy (GTU), wariant plus (GTZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.”.
2. w § 10 po ust. 5 dodaje się ust. 6 o następującym brzmieniu:
„6. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.
3. skreśla się § 11.

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego



ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 23/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 marca 2004 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 15 marca 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.”.

2. w § 9 po ust. 5 dodaje się ust. 6 o następującym brzmieniu:

„6. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

3. skreśla się § 10.

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GCT) zatwierdzonych Uchwałą Nr 47/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 czerwca 2004 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 23 czerwca 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„§ 9. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.

2. Towarzystwo rozpocznie wypłatę renty od miesiąca, w którym stwierdzi ciężką trwałą utratę zdrowia.

3. Terminem płatności renty jest piętnasty dzień miesiąca kalendarzowego.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) zatwierdzonych Uchwałą Nr 13/04 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lutego 2004 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 9 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową

www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 9.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby wariant standardowy (GPS), wariant plus (GPO) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5 poniżej.”.

2. w § 10 po ust. 4 dodaje się ust. 5 o następującym brzmieniu:

„5. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 10.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 8 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 8 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

3. skreśla się § 9.

§ 11.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy wariant standardowy (GNPW), wariant plus (GNPC) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje



na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 10 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

3. skreśla się § 11.

§ 12.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń rodzinnych (GUD, GMU, GOD, GZD, GDN, GZW, GWN, GZR) zatwierdzonych Uchwałą Nr 62/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 5 listopada 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 5 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

3. § 19 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci dziecka, jeżeli śmierć ta nastąpiła na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału dziecka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także na skutek masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej;

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.”.

4. w § 19 po ust. 1 dodaje się ust. 1a o następującym brzmieniu:

„1a. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w razie śmierci dziecka będącej wynikiem samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, niezależnie od stopnia jego poczytalności.”.

5. § 31 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, jeżeli śmierć ta nastąpiła na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także na skutek masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej;

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.”.

6. w § 31 po ust. 1 dodaje się ust. 1a o następującym brzmieniu:

„1a. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w razie śmierci małżonka będącej wynikiem samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, niezależnie od stopnia jego poczytalności.”.

7. § 42 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci rodzica lub teścia, jeżeli śmierć ta nastąpiła na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału rodzica lub teścia w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także na skutek masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej;

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez rodzica lub teścia czynu stanowiącego umyślne przestępstwo.”.

8. w § 42 po ust. 1 dodaje się ust. 1a o następującym brzmieniu:

„1a. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w razie śmierci rodzica lub teścia będącej wynikiem samobójstwa popełnionego w okresie 2 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, niezależnie od stopnia jego poczytalności.”.

§ 13.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy (GWP) zatwierdzonych Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 września 2006 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2006 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 9 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.

§ 14.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) zatwierdzonych Uchwałą Nr 39/2006 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 września 2006 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 października 2006 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 25 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.

2. w § 9 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 25 ust. 2 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl.”.



§ 15.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 – 14 niniejszego aneksu.

2. Tracą moc postanowienia Aneksu do Ogólnych warunków ubezpieczeń znajdujących się w ofercie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group w sprawie zmian w prawie ubezpieczeniowym w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 27/2007 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 lipca 2007 r., Informacji podatkowej o przepisach regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń (stan prawny na dzień 1 marca 2005 r.), Aneksu nr 3 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą

Nr 82/2014 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 16 października 2014 r. oraz Aneksu nr 4 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 117/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 października 2015 r.

3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 181/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 grudnia 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, oraz do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 – 14 niniejszego aneksu.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 6 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO PRACOWNICZEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU/P)

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie (GRU/P) zatwierdzonych Uchwałą Nr 58/03 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 24 września 2003 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2004 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 28 ust. 2 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67.”

2. § 28a ust. 3 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,”

3. § 28a ust. 11 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„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: <https://rf.gov.pl/>),”

§ 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 3/01/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 stycznia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 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 lutego 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



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: 1 67 845 797,00 zł – opłacony w całości
Tel.: +48 22 867 66 67, **801 120 000**