

## §1. DEFINICJE

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

## §2. Przedmiot ubezpieczenia

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

## §3. Zakres usług assistance świadczonych Ubezpieczonemu

- Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
  - dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego

- w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
  - 2) pokrycie kosztów leków dostarczonych do miejsca pobytu do kwoty 300 PLN w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymaga leżenia;
  - 3) transport medyczny z miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - 4) dostarczenie rzeczy osobistych - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby przebywa w szpitalu dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia pokrycie kosztów przesłania kurierem rzeczy osobistych z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do placówki medycznej. Koszty świadczenia są pokrywane do kwoty 150 PLN na każde zdarzenie;
  - 5) przyjazd członka rodziny - jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest hospitalizowany dłużej, niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe I klasy) oraz zakwaterowanie w hotelu. Koszty wyżej wymienionych świadczeń są pokrywane do łącznej kwoty 300 PLN na każde zdarzenie;
  - 6) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - 7) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - 8) pomoc domową oraz pielęgniarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
  - 9) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel zapewnia:
    - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt rehabilitanta w domu do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku, albo
    - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
  - 10) organizacja wypożyczenia oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- Ubezpieczyciel:
- a) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz
  - b) pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednej choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- 11) pomoc psychologa - jeżeli na skutek zdarzeń losowych takich jak:
    - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
    - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
    - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego oraz Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
    - d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa.

- 12) wizyta lekarska w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 13) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego.
2. Wszystkie wymienione powyżej usługi świadczona są do kwoty 1600 PLN oddzielnie dla Ubezpieczonego i Małżonka Ubezpieczonego z zastrzeżeniem, że limity wymienione w pkt 2, 4, 5, 8, 9 i 10. zawierają się w tej kwocie. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 1, decyduje lekarz uprawniony.
4. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego:
- informację o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
  - informację o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
  - informację o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - informację o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
  - informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
  - informację o dietach, zdrowym żywieniu;
  - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem
  - uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi Ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciel.
5. Tabela (limity świadczeń):

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

#### §4. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
- zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie zwraca:
- kosztów poniesionych w wyniku zdarzeń zaistniałych przed objęciem ochroną

ubezpieczeniową;

- kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (odpowiedzialnością nie objęte są braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego);
- kosztów powstałych z tytułu i w bezpośrednim następstwie:
  - popelnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Karny Skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu obowiązującej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy Kodeks Wykroczeń (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego);
  - umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub próby popelnienia samobójstwa podjętej przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich poczytalności;
  - katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
  - leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
  - leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
  - rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowoszczękowego;
  - leczenia pośrednio bądź bezpośrednio wynikającego lub będącego konsekwencją wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
  - pozostawiania Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniami ich użycia;
  - chorób psychicznych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
  - chorób przewlekłych Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego;
  - uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyciągi oraz rajdy samochodowe i motocyklowe;
  - poddania się przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza prowadzącego;
  - zachorowania przez Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
  - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub osób działających z ich upoważnienia i/lub w ich imieniu; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba, że umowa lub warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

#### §5. Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego

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

#### §6. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, przy zachowaniu postanowień ust. 2 i 3. Wypowiedzenie umowy nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy. Od pierwszego dnia czwartego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostało złożone, przez którąkolwiek ze Stron, oświadczenie o wypowiedzeniu umowy, Ubezpieczający zobowiązany jest do zaprzestania zgłaszania do Umowy Ubezpieczenia osób objętych przez Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową w ramach umów ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA oraz GRUPA+.

2. Dla osób zgłoszonych do ubezpieczenia, przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
3. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, którymi Ubezpieczyciel posługuje się przy jej realizacji, niezależnie od ust. 1.
4. Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego opóźnienia w zapłacie składki, trwającego ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni, niezależnie od ust. 1.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
6. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

#### **§7 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Małżonka Ubezpieczonego**

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

#### **§8 Postanowienia końcowe**

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

- 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSĄ może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).