

Ubezpieczenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS



- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Polska, zezwolenie Ministra Finansów z 12 lutego 1990 r., DMU-006-10-90

Produkt: Ubezpieczenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS

Wiener jest znakiem towarowym należącym do Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group.

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz informacje dotyczące umowy są podane w innych dokumentach.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Produkt obejmuje ubezpieczenia z grupy 1 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i jest przeznaczony dla osób, które chcą zabezpieczyć siebie lub swoich bliskich w sytuacji dolegliwości zdrowotnej i potrzebie diagnozy eksperta z danej dziedziny medycyny.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- ✓ Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów wydania eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, która obejmuje:
 - analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanej od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - weryfikację postawioną przez lekarza prowadzącego w Polsce diagnozy (jeśli była wydana);
 - weryfikację zaleconego przez lekarza prowadzącego w Polsce planu leczenia (jeśli był zalecony);
 - diagnozę lekarską w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał jeszcze diagnozy dotyczącej dolegliwości zdrowotnej;
 - propozycję optymalnego planu leczenia;
 - informacje o lekarzu sporządzającym ekspercką opinię medyczną MEDIPASS, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu, oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz;
 - wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS planu leczenia – na życzenie klienta (przy czym ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia).
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie dolegliwości zdrowotne z zakresu:
 - onkologii - wszystkie rodzaje nowotworów;
 - kardiologii i kardiologii: choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca (arytmia), niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe;
 - neurochirurgii: guzy mózgu, choroby neuronacyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu;
 - ortopedii: choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- X Produkt nie obejmuje:
 - organizacji i pokrycia kosztów eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego przed rozpoczęciem ochrony, w tym w okresie karencji;
 - Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty związane z wydaniem diagnozy medycznej przez lekarza prowadzącego;
 - Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS lub niezbędnych do zastosowania się do niej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! W każdym rocznym okresie obowiązywania umowy Ubezpieczony ma prawo do dwóch świadczeń eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, niezależnie od tego, czy dotyczą one tego samego, czy też różnych zdarzeń ubezpieczeniowych. ! Jeżeli dokumentacja medyczna i informacje są niewystarczające do sporządzenia pełnej eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) – po konsultacji z Ubezpieczonym i w zależności od jego wyboru:
 - dostarcza Ubezpieczonemu ekspercką opinię medyczną MEDIPASS ograniczoną do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia;
 - wstrzymuje wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS i oczekuje na wykonanie przez Ubezpieczonego dalszych badań lub zabiegów (staraniem i na koszt Ubezpieczonego), których wykonanie pozwoli na pełną ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego i sporządzenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS. ! Ochrona nie obejmuje:
 - odpowiedzialności za skutki leczenia;
 - sytuacji, gdy Ubezpieczony nie wyraził zgody na zwolnienie lekarzy z tajemnicy lekarskiej;
 - skutków wcześniejszych zabiegów medycznych;
 - skutków posiadania lub używania środków pirotechnicznych;
 - skutków skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego, działania azbestu i napromieniowania;
 - skutków działań wojennych, zamieszek, strajków, demonstracji, aktów terroru;
 - umyślnego działania Ubezpieczonego lub osób bliskich, w tym dokonaniem przestępstwa, samobójstwa lub samookaleczenia;
 - skutków zdarzeń zaistniałych przed rozpoczęciem okresu ochrony.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia zaistniałe w Polsce i poza jej granicami, natomiast organizacja eksperckiej opinii medycznej ma miejsce poza Polską.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający i Ubezpieczony mają następujące obowiązki:
 - na początku umowy ubezpieczenia:
 - udzielić zgodnie z prawdą odpowiedzi na pytania zadane przez Compensę;
 - w czasie trwania umowy ubezpieczenia:
 - zawiadomić Compensę o zmianach okoliczności, o które Compensa zapytywała przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - w celu zgłoszeniu roszczenia:
 - zgłosić wniosek o wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS do Compensy, dzwoniąc pod numer telefonu +48 22 469 69 69;
 - dostarczyć do MEDIGO wypełniony formularz informacyjny (udostępniony przez MEDIGO), posiadaną dokumentację medyczną i informacje dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z którym udzielone ma być świadczenie;
 - o ile zostanie to wskazane jako konieczne uzupełnienie dokumentacji medycznej lub przekazanie dodatkowych informacji przez Ubezpieczonego.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka za ubezpieczenie w przypadku ubezpieczenia grupowego może być opłacona przez Ubezpieczającego jednorazowo, przelewem na konto dedykowane polisie, a w przypadku ubezpieczenia dla klienta indywidualnego poprzez bramkę płatniczą, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Ochrona rozpoczyna się od dnia oznaczonego w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
- Ochrona kończy się:
 - z upływem okresu, na który umowa ubezpieczenia jest zawarta;
 - z końcem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
 - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym;
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu na opłacenie raty składki wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty;
 - z chwilą wyczerpania limitu świadczeń;
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - z dniem wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez jedną osobę, na której rachunek umowa jest zawarta.



Jak rozwiązać umowę?

- Ubezpieczający może rozwiązać umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 30-dniowego terminu wypowiedzenia.
- Oświadczenie Ubezpieczającego dotyczące rozwiązania umowy powinno być sporządzone na piśmie i dostarczone Compensie za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym.

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZEŃ DETALICZNYCH
zatwierdzone Uchwałą Zarządu**

**Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group (dalej: Compensa)
nr 01/07/2024 z dnia 1 lipca 2024 r.**

Informacja o istotnych postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia,
o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji		Numer jednostki redakcyjnej OWU
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Compensę do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ogólne Warunki Ubezpieczeń Detalicznych – część ogólna	§ 3, § 7, § 13 ust. 1 - 3, § 14, § 15, § 16 , z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensy uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	Ogólne Warunki Ubezpieczeń Detalicznych – część ogólna	§ 3 ust. 2 i 3, § 4, § 7, § 13 ust. 5 , z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w § 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE I DEFINICJE	7
§ 1 Postanowienia ogólne	7
§ 2 Jak należy rozumieć pojęcia użyte w OWU	7
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	7
§ 3 Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia	7
§ 4 Jakie są generalne wyłączenia odpowiedzialności Compensy	7
UMOWA UBEZPIECZENIA	7
§ 5 Jak zawrzeć umowę ubezpieczenia	7
§ 6 Czy można zawrzeć umowę ubezpieczenia na rachunek innej osoby	7
§ 7 Kiedy rozpoczyna się i kończy odpowiedzialność Compensy	7
§ 8 Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa	7
SUMA UBEZPIECZENIA	8
§ 9 Jak ustala się sumę ubezpieczenia lub sumę gwarancyjną	8
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	8
§ 10 Jakie są zasady opłacania składki i od czego zależy jej wysokość	8
§ 11 Kiedy przysługuje zwrot składki	8
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	8
§ 12 Jakie są obowiązki Compensy wynikające z umowy ubezpieczenia	8
§ 13 Jakie są obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego wynikające z zawarcia umowy ubezpieczenia	8
§ 14 Jakie są obowiązki ubezpieczonego po powstaniu szkody	9
OGÓLNE ZASADY USTALENIA WYPŁATY ŚWIADCZENIA LUB ODSZKODOWANIA	9
§ 15 Na czym polega i jak odbywa się postępowanie wyjaśniające	9
§ 16 Obowiązki Compensy po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
§ 17 Jak należy złożyć reklamację	9
§ 18 Kiedy Compensie przysługują roszczenia regresowe	9
§ 19 Jak należy składać zawiadomienia i oświadczenia stron	9
§ 20 Przetwarzanie danych osobowych	9
§ 21 Od kiedy obowiązują OWU	9
Część 2 Klauzula ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS	
§ 1 Postanowienia ogólne	11
§ 2 Jak należy rozumieć pojęcia użyte w Klauzuli	11
§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia	11
§ 4 Zawarcie Umowy	11
§ 5 Składka ubezpieczeniowa	11
§ 6 Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonym	11
§ 7 Jakie są limity ubezpieczenia	11
§ 8 Jakie są dodatkowe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Compensy	11
§ 9 Jakie są obowiązki zgłaszającego wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego oraz realizacja świadczeń	11
§ 10 Realizacja świadczenia	12
§ 11 Początek i koniec odpowiedzialności	12
§ 12 Postanowienia końcowe	12

POSTANOWIENIA OGÓLNE I DEFINICJE

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) oznaczone znakiem towarowym „Wiener”, zawierane są przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) z Ubezpieczającymi.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, do treści umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU. Postanowienia takie oraz zmiany zawartej umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Do spraw nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, w tym w szczególności Kodeksu cywilnego oraz aktów prawnych regulujących działalność ubezpieczeniową.
4. Umowę ubezpieczenia można także zawrzeć na cudzy rachunek. Postanowienia OWU stosuje się wówczas odpowiednio również do osoby trzeciej wymienionej w umowie ubezpieczenia, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia.

§ 2. Jak należy rozumieć pojęcia użyte w OWU

Pojęcia użyte w OWU (w tym w klauzulach dodatkowych) oznaczają:

- 1) **akt terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na władzę publiczną, wprowadzenie chaosu, poważne zastraszanie ludności lub dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy bądź groźby użycia przemocy;
- 2) **bójka** – wzajemne starcie co najmniej trzech osób połączone z naruszeniem ich nieetykalności cielesnej, jeżeli osoby występują zarazem jako napastnicy oraz broniący się, Braniem udziału w bójce nie jest włączenie się do zajścia w celu przywrócenia porządku lub spokoju publicznego związane z wykonywaniem czynności służbowych oraz działanie w ramach obrony koniecznej;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia albo przystąpienie do umowy ubezpieczenia;
- 4) **lokaut** – środek represyjny pracodawcy w stosunku do pracowników, który sprzeciwiają się działaniom pracodawcy sprzecznym, w ich ocenie, z interesami pracowniczymi, polegający w szczególności na stałym albo czasowym zamknięciu całości lub części zakładu pracy, zwalnianiu z pracy pracowników, odmowie wypłaty wynagrodzenia pracownikom lub pozbawieniu ich świadczeń socjalnych;
- 5) **odszkodowanie** – kwota, którą Compensa jest zobowiązana, z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, wypłacić za szkody w mieniu powstałe w wyniku zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 6) **przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której przepisy prawa przyznają zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową;
- 7) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota wskazana na dane ryzyko stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Compensy za wszystkie szkody powstałe w okresie ubezpieczenia;
- 8) **suma gwarancyjna** – określona w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Compensy;
- 9) **szkoda całkowita** – zniszczenie mienia w takim stopniu, który uniemożliwia jego dalsze użytkowanie lub gdy koszty naprawy przekroczyłyby wartość uszkodzonego mienia;
- 10) **szkoda częściowa** – uszkodzenie mienia w stopniu, który umożliwia jego naprawę, a koszt naprawy nie przekracza wartości ubezpieczonego mienia;
- 11) **szkoda na osobie** – następstwo zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci rozstroju zdrowia lub śmierci;
- 12) **szkoda w mieniu** – następstwo zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia;
- 13) **świadczenie** – kwota, którą Compensa zobowiązuje się wypłacić za szkody na osobie z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 14) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia na własny lub na cudzy rachunek, zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, na której rachunek Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia (Ubezpieczony może być jednocześnie Ubezpieczającym);
- 16) **Uprawniony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego. W razie niewyznaczenia Uprawnionego, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom. W razie braku ww. osób, świadczenie przysługuje innym spadkobiercom;
- 17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy, którego wystąpienie powoduje szkodę na osobie lub szkodę w mieniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęte mienie, odpowiedzialność cywilna lub zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest w poszczególnych klauzulach dodatkowych stanowiących integralną część OWU.
3. O ile w klauzulach znajdują się wyłączenia odpowiedzialności Compensy, stanowią one uzupełnienie wyłączeń generalnych określonych w części głównej OWU.
4. W zakresie nieuregulowanym zapisami klauzul mają zastosowanie postanowienia części głównej OWU.
5. W razie różnic pomiędzy postanowieniami niniejszych OWU a zapisami poszczególnych klauzul, pierwszeństwo mają postanowienia klauzul.

§ 4. Jakie są generalne wyłączenia odpowiedzialności Compensy

1. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone przez Ubezpieczonego umyślnie, w tym także szkody spowodowane usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia;
 - 2) w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) powstałe wskutek posiadania lub używania materiałów wybuchowych, petard, środków pirotechnicznych i innych podobnie działających środków;
 - 4) powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego oraz wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, demonstracji, lokautów oraz sabotażu, aktów terroru;
 - 5) powstałe wskutek oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego lub napromieniowania;
 - 6) będące następstwem zdarzeń zaistniałych przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie jego trwania;
 - 7) w środowisku naturalnym;
 - 8) w zakresie objętym systemem ubezpieczeń obowiązkowych – również w sytuacji, gdy ubezpieczony nie wykonał obowiązku ubezpieczenia;
 - 9) w mieniu zatrzymanym, skonfiskowanym, zajętym lub zarekwirowanym przez uprawniony podmiot.
2. Compensa stosuje wyłączenie albo ograniczenie swojej odpowiedzialności, jeżeli pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym lub szkodą a okolicznością wskazaną w postanowieniach dotyczących danego wyłączenia albo ograniczenia odpowiedzialności istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. gdy zdarzenie ubezpieczeniowe lub szkoda są typowym, normalnym następstwem wspomnianej okoliczności.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 5. Jak zawrzeć umowę ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonego przez Ubezpieczającego i stanowiącego jej integralną część.
2. Ubezpieczający jest obowiązany udzielić Compensie odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku lub skierowane do niego w formie pisemnej.
3. Compensa uzależnia zawarcie umowy ubezpieczenia od informacji, o które zapytało Ubezpieczającego, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Okres ubezpieczenia jest wskazany w umowie ubezpieczenia, przy czym przez roczny okres ubezpieczenia rozumie się 365 kolejnych dni, a w roku przestępnym – 366 dni.
5. O ile nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku lub krótszy.
6. Na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może być automatycznie zawierana na kolejny identyczny okres ubezpieczenia, o takim samym zakresie ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia składki w terminie wskazanym przez Compensę.
7. Compensa potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§ 6. Czy można zawrzeć umowę ubezpieczenia na rachunek innej osoby

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na rachunek innej osoby.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Compensie wyłącznie wobec Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania bezpośrednio od Compensy, z wyjątkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym.
4. Ubezpieczony może żądać, by Compensa udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
5. Compensa może podnieść zarzut również przeciwko Ubezpieczonemu, jeżeli zarzut ten ma wpływ na odpowiedzialność Compensy z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, obowiązki umowne, o których mowa w § 13, oraz obowiązki powstałe po powstaniu szkody, o których mowa w § 14, spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek o charakterze grupowym, przesłanki, sposób oraz termin występowania z umową ubezpieczenia grupowego dla poszczególnych ubezpieczonych określone będą każdorazowo w zawartej grupowej umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek.

§ 7. Kiedy rozpoczyna się i kończy odpowiedzialność Compensy

1. Jeśli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się od dnia oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki lub pierwszej jej raty.
2. Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty jest dokonywana z odroczonym terminem płatności, określonym w umowie ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się od dnia oznaczonego w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek o charakterze grupowym, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony przystąpił do umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Compensy kończy się z chwilą wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w § 8.

§ 8. Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa

1. Umowa ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;

- 2) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień stosownych klauzul dodatkowych;
 - 3) z końcem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 8 i 9;
 - 4) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2;
 - 5) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Compensy o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach, o których mowa w ust. 3, 5 i 7;
 - 6) z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu na opłacenie raty składki wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty w sytuacji, o której mowa w ust. 4;
 - 7) z dniem określonym w porozumieniu stron, o którym mowa w ust. 6;
 - 8) z dniem wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez jedną osobę, na której rachunek umowa jest zawarta w dniu wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez tę osobę, zgodnie z ust. 10.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Compensa nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
 3. Jeżeli Compensa ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w ustalonym terminie, Compensa może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia umowy, wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
 4. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w ustalonym terminie kolejnej raty składki może spowodować ustanie odpowiedzialności Compensy, jeżeli Compensa po upływie tego terminu wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
 5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w ciągu 14 dni rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.
 6. Dopuszcza się rozwiązanie umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron przed końcem okresu ubezpieczenia, w szczególności jeżeli ma to na celu zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia na podstawie OWU lub zawarcie umów innych rodzajów ubezpieczeń z Compensą na ten sam okres ubezpieczenia (tzw. wyrównanie okresów ubezpieczenia).
 7. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas określony może być rozwiązana przez Compensę ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach wskazanych w przepisach prawa, a także z ważnych powodów, za które uważa się:
 - 1) zatajenie lub podanie nieprawdziwych okoliczności, o które Compensa zapytywała przed zawarciem umowy, a które miały wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego lub wysokość należnej składki;
 - 2) popełnienie przez Ubezpieczającego przestępstwa pozostającego w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
 8. W ubezpieczeniach osobowych Ubezpieczający może rozwiązać umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzydziestodniowego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
 9. W ubezpieczeniach majątkowych, w przypadku zawarcia umowy wieloletniej Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
 10. Umowę ubezpieczenia automatycznie zawartą na kolejny okres ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć najpóźniej na jeden miesiąc przed jej zakończeniem. Okres wypowiedzenia wynosi 14 dni i rozpoczyna się w ostatnim dniu miesiąca, w którym dokonano wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga formy pisemnej.
 11. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na rachunek innej osoby, osoba ta ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie Compensie. Wystąpienie ma skutek w dniu następnym po złożeniu oświadczenia, chyba że osoba występująca z umowy ubezpieczenia ustaliła z Compensą inaczej. Postanowienia niniejszego ustępu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia z grupy 1 (ubezpieczenia wypadku) oraz grupy 2 (ubezpieczenia choroby) działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
 12. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia składki za okres, w którym Compensa udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
 13. Zapłata składki lub kolejnej raty składki po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia nie skutkuje ponownym zawarciem tej umowy ani też zawarciem nowej umowy na warunkach umowy, która została rozwiązana.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9. Jak ustala się sumę ubezpieczenia lub sumę gwarancyjną

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Compensy w okresie ochrony, chyba że strony ustaliły w umowie inny limit odpowiedzialności.
2. Suma ubezpieczenia jest określona na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
3. Odpowiedzialność Compensy z tytułu jednej szkody jest ograniczona do wysokości limitu sumy ubezpieczenia dla danego ryzyka określonej w umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, za zgodą Compensy i za zapłatą dodatkowej składki, może przywrócić sumę ubezpieczenia do pierwotnej wysokości lub ją podwyższyć. Przywrócona do pierwotnej wysokości lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Compensy od dnia następnego po zaplaceniu dodatkowej składki. Postanowienie to nie dotyczy sumy ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

5. Postanowienia OWU dotyczące sumy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do sumy gwarancyjnej.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres dłuższy niż 12 miesięcy – sumy ubezpieczenia, sumy gwarancyjne i limity odnawiają się na kolejne 12 miesięczne okresy.

V. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10. Jakie są zasady opłacania składki i od czego zależy jej wysokość

1. Wysokość składki oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Compensy na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Compensa może zastosować indywidualną ocenę ryzyka i określić wysokość składki ubezpieczeniowej w inny sposób niż wynikający z taryfy składek w sytuacjach uzasadnionych miejscem ubezpieczenia, rodzajem ubezpieczonego mienia, sposobem jego zabezpieczenia, zgłoszonymi szkodami lub innymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka.
3. Składka może być płatna jednorazowo albo w ratach, zgodnie z zasadami określonymi w taryfie składek. Wysokość składki i terminy jej zapłaty Compensa potwierdza w dokumencie ubezpieczenia.
4. O ile z umowy ubezpieczenia nie wynika inaczej, składka lub pierwsza jej rata jest płatna w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia. Nie uważa się za zapłatę składki lub jej raty zapłaty kwoty niższej od określonej w umowie ubezpieczenia.
5. W razie, odpowiednio, wystąpienia szkody polegającej na całkowitym zniszczeniu przedmiotu ubezpieczenia albo jego utracie bądź wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania, za przyznanego Ubezpieczonemu odszkodowania Compensa potrąca niezapłacone raty składki z umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
6. W razie zmiany warunków umowy w trakcie jej trwania, powodującej konieczność zaplacenienia dodatkowej lub uzupełniającej składki albo zwrotu składki, składkę tę przelicza się według taryfy składek obowiązującej w dacie dokonywania zmian umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej jest dokonywana przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, za datę zaplacenienia składki uważa się dzień złożenia polecenia zapłaty na rachunek Compensy w banku lub w urzędzie pocztowym pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowały się wystarczające środki finansowe. W przeciwnym razie, za datę zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Compensy pełną kwotą wymaganej składki lub jej raty.
8. Jeżeli Ubezpieczający podał do wiadomości Compensy nieprawdziwe dane, które miały wpływ na wysokość naliczonej składki, zobowiązany jest (na wezwanie Compensy) do dopłaty wynikającej z różnicy pomiędzy składką należną a składką uwzględnioną w umowie ubezpieczenia. W razie zaistnienia szkody, dopłata różnicy składki staje się natychmiast wymagalną.
9. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek o charakterze grupowym, Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Compensę, czy Ubezpieczeni finansują koszt składki ubezpieczeniowej.
10. Jeżeli Ubezpieczeni nie finansują kosztu składki ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający zamierza dokonać zmiany w tym zakresie, wówczas Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć warunki umowy każdemu z Ubezpieczonych przed wyrażeniem przez niego zgody na podjęcie finansowania kosztu składki.

§ 11. Kiedy przysługuje zwrot składki

W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VI. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 12. Jakie są obowiązki Compensy wynikające z umowy ubezpieczenia

1. Compensa ma obowiązek udostępniać informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Compensy lub wysokości odszkodowania lub świadczenia.
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Compensa zobowiązana jest doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU.
3. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Compensa doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Compensa jest obowiązana zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczaniu tego dokumentu, wyznaczając 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
4. W razie braku sprzeciwu ze strony Ubezpieczającego, umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. Compensa jest obowiązana przedstawić Ubezpieczającemu różnicę pomiędzy treścią umowy a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Compensa nie może powołać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego. Postanowień niniejszego ustępu nie stosuje się do umów zawieranych w drodze negocjacji.

§ 13. Jakie są obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego wynikające z zawarcia umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Compensy wszystkie znane sobie okoliczności, o które Compensa zapytywała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
2. W czasie trwania umowy Ubezpieczający jest zobowiązany zawiadomić Compensę o wszelkich zmianach okoliczności, o które Compensa pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innych pismach przed zawarciem umowy, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 1 i 2, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępie poprzedzającym spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na

Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

5. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1-3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 1-3, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
6. Ubezpieczający jest obowiązany bez wezwania poinformować Compensę o zawarciu z innym ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia dotyczącej tego samego przedmiotu w tym samym czasie i od tego samego ryzyka.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest podać Compensie adres zamieszkania oraz adres do korespondencji.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia dostarczone przez Compensę informacje, które postanowienia OWU określają przesłanki wypłaty odszkodowania, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensy uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia, tj. informację, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wspomniane wyżej informacje będą przekazywane przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie, albo, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

§ 14. Jakie są obowiązki ubezpieczonego po powstaniu szkody

1. Jeżeli za powstanie szkody odpowiedzialne są osoby trzecie, Ubezpieczający jest obowiązany do podania Compensie wszelkich znanych informacji dotyczących tych osób.
2. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym wszczęto postępowanie karne lub cywilne albo jeżeli poszkodowany wystąpił na drogę sądową, Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić pisemnie o tym Compensę, chociażby zgłosił już Compensie fakt zaistnienia szkody.
3. Ubezpieczony nie może bez uprzedniej pisemnej zgody Compensy uznać ani zaspokoić roszczenia osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. Nieuzgodnione uznanie lub zaspokojenie roszczenia nie wywołuje skutków prawnych względem Compensy.
4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest objęte ochroną również przez innego ubezpieczyciela, Ubezpieczający jest obowiązany do niezwłocznego poinformowania tego ubezpieczyciela o powstaniu szkody oraz do zawiadomienia Compensy o przekazaniu takiej informacji, w szczególności przez dostarczenie kopii pisma dotyczącego złożonego zawiadomienia. Opisany wyżej obowiązek nie dotyczy szkód na osobie w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym oraz w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
5. Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć do Compensy postanowienie o umorzeniu postępowania karnego wszczętego w sprawie zgłoszonej szkody bądź odpis prawomocnego wyroku sądowego.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki Ubezpieczającego określone w ustępach poprzedzających spoczywają także na Ubezpieczonym pod warunkiem, że Ubezpieczony wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 15. Na czym polega i jak odbywa się postępowanie wyjaśniające

1. Zawiadomienie o szkodzie powinno zawierać opis okoliczności zdarzenia oraz stwierdzonych szkód i strat.
2. W razie powzięcia przez Compensę nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokością odszkodowania lub świadczenia, Compensa, pisemnie lub w inny sposób, na który wyraził zgodę Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona z umowy, informuje, jakie dodatkowe dokumenty są niezbędne do ustalenia wysokości odszkodowania lub świadczenia.
3. Compensa zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych dokumentów związanych z ustaleniem okoliczności, rozmiaru i wysokości szkody, w tym rachunków i kosztorysów.
4. Przy ustaleni rozmiaru szkody nie uwzględnia się wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej ani pamiątkowej przedmiotu ubezpieczenia oraz kosztów innowacji, ulepszeń i modernizacji.
5. Koszty odtworzenia ustalane są w oparciu o ceny średnie.

OGÓLNE ZASADY USTALENIA WYPŁATY ŚWIADCZENIA LUB ODSZKODOWANIA

§ 16. Obowiązki Compensy po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie

1. Compensa wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie:
 - 1) uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń w toku postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania lub świadczenia;
 - 2) ugody zawartej z uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
 - 3) prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Z ostatecznej wartości odszkodowania wyliczonej przez Compensę potrąca się franszyzę redukcyjną, jeżeli została ustalona.

§ 17. Jak należy złożyć reklamację

1. Reklamację w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia może zgłosić Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z tej umowy.
2. Reklamację można złożyć:
 - 1) w formie pisemnej – na adres wybranej jednostki Compensy lub osobiście;
 - 2) w formie elektronicznej (formularz reklamacyjny na stronie internetowej www.wiener.pl);
 - 3) ustnie (osobiście do protokołu lub telefonicznie).
3. Reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę), adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację;
 - 2) numer zgłoszenia szkody lub numer polisy;
 - 3) przedmiot reklamacji;
 - 4) uzasadnienie reklamacji, z podaniem ewentualnych dowodów.
4. Reklamacja jest rozpatrywana niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli z uwagi na szczególne skomplikowanie sprawy

nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, termin ten zostaje wydłużony do nie więcej niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Zgłaszający reklamację zostaje poinformowany o:

- 1) przyczynie opóźnienia;
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
5. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Compensa powiadamia zgłaszającego reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, przy czym udzielenie przez Compensę odpowiedzi na reklamację pocztą elektroniczną jest możliwe wyłącznie na wniosek klienta.
 6. Zgłaszający reklamację może wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy.
 7. Spór może zostać rozstrzygnięty w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: www.rf.gov.pl), albo postępowania przed Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego (adres strony internetowej: www.knf.gov.pl).
 8. Zgłaszającemu reklamację przysługuje prawo dochodzenia swoich roszczeń przed sądem powszechnym. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 9. Compensa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18. Kiedy Compensie przysługują roszczenia regresowe

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez Compensę roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na Compensę do wysokości zapłaconego odszkodowania.
2. Jeżeli Compensa pokryła tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Compensy.
3. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Compensy zrzekł się roszczenia o odszkodowanie do sprawcy szkody albo je ograniczył, Compensa może odmówić wypłaty odszkodowania albo odpowiednio je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się albo ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, wówczas Compensie przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczonego całości albo części wypłaconego odszkodowania, wraz z niezbędnymi kosztami postępowania.
4. Nie przechodzą na Compensę roszczenia przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

§ 19. Jak należy składać zawiadomienia i oświadczenia stron

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia winny być sporządzone na piśmie i doreczone za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym, o ile z postanowień umowy ubezpieczenia (w tym szczególnych regulacji OWU) nie wynika inaczej.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Compensę o zmianie swojego adresu zamieszkania, adresu korespondencyjnego bądź siedziby.
3. Compensa jest zobowiązana poinformować Ubezpieczającego o zmianie adresu siedziby.

§ 20. Klauzula sankcyjna

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

§ 21. Od kiedy obowiązują OWU

1. OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensy nr 01/07/2024.
2. OWU wchodzi w życie 1 lipca 2024 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA EKSPERCKIEJ OPINII MEDYCZNEJ MEDIPASS
zatwierdzona uchwałą Zarządu Compensy
nr 01/07/2024 z dnia 1 lipca 2024 r.

Informacja o istotnych postanowieniach szczególnych warunków ubezpieczenia,
o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej OWU
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Compensę do wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Klauzula ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS	§ 3 ust. 1-5, § 6 oraz § 9, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensy uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	Klauzula ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS	§ 3 ust. 6-8, § 7, § 8 oraz § 11 ust. 1-2, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w § 2

§ 1. Postanowienia ogólne

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Detalicznych, zwanych dalej OWU, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje organizację i pokrycie kosztów wydania eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 2. Jak należy rozumieć pojęcia użyte w Klauzuli

- Dolegliwość zdrowotna** – choroba lub uraz doznany (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia) przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli.
- Ekspertka opinia medyczna MEDIPASS** – dokonanie przez lekarza z Instytucji medycznej analizy diagnozy dolegliwości medycznej i planu leczenia, ustalonych przez lekarza prowadzącego, bądź wydanie diagnozy lekarskiej i ustalenie planu leczenia w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał jeszcze diagnozy ani opinii medycznej dotyczącej dolegliwości zdrowotnej. Ekspertka opinia medyczna MEDIPASS wydawana jest na podstawie dokumentacji medycznej i informacji przekazanych przez Ubezpieczonego, bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym opinię.
- Instytucja medyczna** – niezależny od Compensy i MEDIGO, wykwalifikowany podmiot leczniczy udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby (w państwie członkowskim Unii Europejskiej bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej), świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, współpracujący z MEDIGO w zakresie realizacji eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS.
- Lekarz prowadzący** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który zdiagnozował dolegliwość zdrowotną u Ubezpieczonego przebywającego w Polsce.
- MEDIGO** – Medigo GmbH z siedzibą w Berlinie (Rosenthaler Str. 13, 10119 Berlin, Niemcy), HRB: 154587 NIP: DE 815467754, będący podmiotem, za pośrednictwem którego Compensa realizuje świadczenia wynikające z Umowy.
- Ubezpieczający** – podmiot, który zawarł Umowę z Compensą i jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS.
- Umowa** – umowa ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Compensą.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe:**
 - 1) zdiagnozowanie po raz pierwszy u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej przez lekarza prowadzącego albo
 - 2) sporządzenie przez lekarza prowadzącego oświadczenia o niemożności postawienia jednoznacznej diagnozy dotyczącej dolegliwości zdrowotnej i ustalenia planu leczenia albo
 - 3) wystąpienie objawów dolegliwości zdrowotnej udokumentowanych badaniami lekarskimi.

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów wydania eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, której celem jest:
 - 1) analiza diagnozy lekarskiej i planu leczenia, ustalonych i zaleconych Ubezpieczonemu przez lekarza prowadzącego;
 - 2) wydanie diagnozy lekarskiej i ustalenie planu leczenia w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał jeszcze diagnozy ani opinii medycznej dotyczącej dolegliwości zdrowotnej.
3. Warunkiem uzyskania świadczenia jest posiadanie przez Ubezpieczonego pisemnej diagnozy lub opinii medycznej wystawionej przez lekarza prowadzącego w zakresie dolegliwości zdrowotnej, której ma dotyczyć świadczenie, lub wystąpienie objawów dolegliwości zdrowotnej udokumentowanych badaniami lekarskimi.
4. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli potrzeba jego uzyskania jest następstwem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie dolegliwości zdrowotne z zakresu:
 - 1) onkologii - wszystkie rodzaje nowotworów;
 - 2) kardiologii i kardiologii: choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca (arytmia), niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyń;
 - 3) neurochirurgii: guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu;
 - 4) ortopedii: choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.
6. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego przed rozpoczęciem ochrony, w tym w okresie karencji, o której mowa w § 11 ust. 1.
7. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty leczenia związane z wydaniem diagnozy medycznej przez lekarza prowadzącego.
8. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS lub niezbędnych do zastosowania się do niej.

§ 4. Zawarcie Umowy

1. O ile nie umówiono się inaczej, Umowę zawiera się na 365, a w roku przestępnym – 366 dni („okres roczny”).
2. Umowa może być zawarta w wariantcie indywidualnym albo grupowym (rodzinnym).
3. W ramach Umowy zawartej w wariantcie grupowym (rodzinnym):
 - 1) mogą być ubezpieczeni małżonkowie lub partnerzy oraz ich dzieci, również przysposobione; przy czym za dziecko uważa się osobę, która w dniu zawar-

cia umowy ubezpieczenia nie ukończyła 18 roku życia albo, jeżeli uczy się lub studiuje – nie ukończyła 26 roku życia;

2) może być ubezpieczonych nie więcej niż 6 osób.

§ 5. Składka ubezpieczeniowa

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia.
3. W wariantcie grupowym (rodzinnym) składka z tytułu Umowy jest ustalona w stałej, zryczałtowanej wysokości. Zmiana liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy nie skutkuje zmianą wysokości składki.
4. W razie wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6. Jakie świadczenia przysługują Ubezpieczonym

1. W zakresie ubezpieczenia wchodzi zapewnienie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, wydawanej każdorazowo przez co najmniej jednego lekarza Instytucji medycznej.
2. Świadczenie Compensy obejmuje:
 - 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów tłumaczenia nie więcej niż 10 stron dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego na język angielski;
 - 3) przekazanie dokumentacji medycznej i informacji dotyczących zdarzenia ubezpieczeniowego lekarzowi z Instytucji medycznej;
 - 4) pokrycie kosztów wydania eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS przez lekarza z Instytucji medycznej;
 - 5) przetłumaczenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS wydanej przez lekarza z Instytucji medycznej na język polski;
 - 6) dostarczenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS Ubezpieczonemu.
3. Ekspertka opinia medyczna MEDIPASS obejmuje:
 - 1) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanej od Ubezpieczonego dokumentacji medycznej (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) weryfikację postawionej przez lekarza prowadzącego w Polsce diagnozy (jeśli była wydana);
 - 3) weryfikację zaleconego przez lekarza prowadzącego w Polsce planu leczenia (jeśli był zalecony);
 - 4) diagnozę lekarską w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał jeszcze diagnozy dotyczącej dolegliwości zdrowotnej;
 - 5) propozycję optymalnego planu leczenia;
 - 6) informacje o lekarzu sporządzającym ekspercką opinię medyczną MEDIPASS, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu, oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz;
 - 7) wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS planu leczenia (przy czym ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych).

§ 7. Jakie są limity ubezpieczenia

1. W każdym rocznym okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczony ma prawo do dwóch świadczeń eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, niezależnie od tego, czy dotyczą one tego samego, czy też różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Jeżeli dokumentacja medyczna i informacje są niewystarczające do sporządzenia pełnej eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, Compensa – po konsultacji z Ubezpieczonym i w zależności od jego wyboru:
 - 1) dostarcza Ubezpieczonemu ekspercką opinię medyczną MEDIPASS ograniczoną do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia;
 - 2) wstrzymuje wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS i oczekuje na wykonanie przez Ubezpieczonego dalszych badań lub zabiegów (staraniem i na koszt Ubezpieczonego), których wykonanie pozwoli na pełną ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego i sporządzenie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS.
3. Ekspertka opinia medyczna MEDIPASS nie stanowi substytutu dla podstawowej opieki zdrowotnej i nie zastępuje konsultacji lekarskiej lub badania lekarskiego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Ekspertka opinia medyczna MEDIPASS nie stanowi samodzielnej podstawy do podjęcia przez Ubezpieczonego decyzji o rozpoczęciu lub zaprzestaniu leczenia.
5. Odpowiedzialność za treść eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, w tym treść wniosków i zaleceń medycznych z niej wynikających, ponosi lekarz, który ją sporządził, w ramach ustawowej odpowiedzialności zawodowej.

§ 8. Jakie są dodatkowe wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Compensy

Jeżeli udzielenie świadczenia określonego w OWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Compensa nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia mające związek z niewyrażeniem przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa powyżej.

§ 9. Jakie są obowiązki zgłaszającego wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego oraz realizacja świadczeń

1. W celu uzyskania świadczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS, Ubezpieczony powinien:
 - 1) zgłosić wniosek o wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS do Compensy dzwoniąc pod numer telefonu +48 22 469 69 69;
 - 2) dostarczyć do MEDIGO wypełniony formularz informacyjny (udostępniony przez MEDIGO), posiadaną dokumentację medyczną i informacje dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym udzielone ma być świadczenie, w szczególności: rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych, informacje reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status

dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy, krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego - włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wskazaną w ust. 1 pkt 2) dokumentację medyczną i ww. informacje na własny koszt.
3. Jeżeli, zgodnie z opinią lekarza sporządzającego ekspercką opinię medyczną MEDIPASS, w celu zapewnienia Ubezpieczonemu ww. świadczenia konieczne jest uzupełnienie dokumentacji medycznej lub przekazanie dodatkowych informacji przez Ubezpieczonego, Compensa poprosi Ubezpieczonego o przekazanie takiej dodatkowej dokumentacji medycznej lub udzielenie dodatkowych informacji dotyczących zdarzenia ubezpieczeniowego, a także o złożenie dodatkowych zgód i oświadczeń, od których zależne może być pozyskanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS.
4. Zgłoszenia o wydanie eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS może dokonać umocowana przez Ubezpieczonego, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, osoba trzecia.

§ 10. Realizacja świadczenia

1. Compensa zrealizuje świadczenie (przekaze Ubezpieczonemu ekspercką opinię medyczną MEDIPASS) najpóźniej w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Compensy w stosunku do Ubezpieczonego lub zakresu tej odpowiedzialności okazało się niemożliwe – w szczególności jeżeli we wskazanym wyżej terminie Compensa nie otrzymała dokumentacji medycznej lub informacji koniecznych do spełnienia świadczenia – Compensa zobowiązana jest spełnić świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie ww. okoliczności było możliwe.
3. Ekspercka opinia medyczna MEDIPASS przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, na adres e-mail wskazany przez niego przy zgłaszaniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Compensy (okres ubezpieczenia) rozpoczyna się w terminie dwóch miesięcy od dnia zawarcia Umowy (okres karencji), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Karencja nie obowiązuje w przypadku nieprzerwanej kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia eksperckiej opinii medycznej MEDIPASS przez Ubezpieczonego w Compensie.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie potwierdzającym zawarcie Umowy.
4. W odniesieniu do ubezpieczenia grupowego dla pracowników Ubezpieczającego, w razie zakończenia współpracy Ubezpieczającego z pracownikiem, ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca okresu, na który została pierwotnie udzielona pod warunkiem, że składka za Ubezpieczonego została opłacona w całości.
5. Odpowiedzialność Compensy w stosunku do Ubezpieczonego (okres ubezpieczenia) kończy się w sytuacjach i terminach wskazanych w § 8 OWU oraz:
 - 1) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) z chwilą wyczerpania limitu odpowiedzialności określonego w § 7 ust. 1.

§ 12. Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszej klauzuli do Umowy zastosowanie mają postanowienia OWU.
2. Ubezpieczony nie ma prawa do przenoszenia praw i obowiązków wynikających z Umowy na podmioty trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Compensy pod rygorem nieważności.

Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie,
XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 0214 686,
Kapitał zakładowy: 391 385 039,40 zł wpłacony w całości,
Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Wiener jest znakiem towarowym należącym do Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group.

wiener.pl

