Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej: Compensa)

Następstw nieszczęśliwych wypadków dla studentów

wiener VIENNA INSURANCE GROUP jest znakiem towarowym należącym do Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group.

KLAUZULA INFORMACYNA

Administratorem danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-342), Al. Jerozolimskie 162.

Z administratorem może się Pani/Pan kontaktować poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres siedziby administratora wskazany powyżej. Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z Pani/Pana praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez adres e-mail iod@vig-polska.pl lub na adres siedziby administratora wskazany powyżej.

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celach i na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) następujących:

1) przedstawienia oferty, oceny ryzyka ubezpieczeniowego (także w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów na podstawie art. 22 ust. 2 lit. a) RODO jako czynność niezbędna do zawarcia umowy), zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jako przetwarzanie danych niezbędne do wykonania umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem [art. 6 ust. 1 lit. b) RODO];
2) marketingu elektronicznego i telefonicznego – na podstawie Pani/Pana zgody [art. 6 ust. 1 lit. a) RODO];
3) marketingu bezpośredniego usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu administratora [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
4) likwidacji szkód z umowy ubezpieczenia, jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO] oraz do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu administratora [art. 6 ust. 1 lit. f) i art. 9 ust. 2 lit. f) RODO w przypadku szczególnej kategorii danych osobowych];
5) ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu przez administratora lub przez stronę trzecią [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
6) ewentualnie w celu podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń i odszkodowań, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu przez administratora lub przez stronę trzecią [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
7) reasekuracji ryzyk, co stanowi realizację prawnie uzasadnionego interesu przez administratora lub przez stronę trzecią [art. 6 ust. 1 lit. f) RODO];
8) realizacji obowiązków określonych w przepisach dotyczących szczególnych środków restrykcyjnych skierowanych przeciwko niektórym osobom i podmiotom mających na celu zwalczanie terroryzmu jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO];
9) gromadzenia danych statystycznych w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, jako przetwarzanie niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze [art. 6 ust. 1 lit. c) RODO].

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji, audytorzy, a także podmioty świadczące usługi wsparcia na rzecz administratora i przetwarzające dane osobowe na podstawie umowy z administratorem, w tym: agenci ubezpieczeniowi, podmioty przeprowadzające likwidację szkody, podmioty świadczące usługi Assistance, podmioty świadczące usługi IT i administracyjne, firmy windykacyjne, agencje marketingowe (w razie wyrażenia przez Panią/Pana zgody na otrzymywanie informacji handlowych).

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do sporządzenia i przedstawienia oferty. W przypadku zawarcia umowy dane będą przechowywane do dnia przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do dnia wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego ze szczególnych przepisów prawa. Dane przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego będą przechowywane do chwili cofnięcia zgody na otrzymywanie informacji marketingowych albo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w tym celu.

Na zasadach przewidzianych w RODO, przysługuje Pani/Panu prawo żądania od administratora dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.

W przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją. Jeśli podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, a dane są przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, może Pani/Pan w dowolnym momencie wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych na potrzeby takiego marketingu, w tym profilowania.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego (bez podania danych osobowych nie jest możliwe dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcie umowy ubezpieczenia). Podanie danych w celach marketingowych jest dobrowolne.

W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie danych takich jak np.: przebieg ubezpieczenia (szkodowość), przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia oraz liczba ubezpieczonych osób, administrator może podejmować decyzje w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). Tego rodzaju decyzje będą oparte o profilowanie tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, która jest niezbędna do ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Wynikiem takiego działania jest określenie wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony administratora (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

Rodzaj informacji		**Numer jednostki redakcyjnej OWU**
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Compensę do wypłaty odszkodowania	OWU Następstw nieszczęśliwych wypadków – CZĘŚĆ 1 POSTANOWIENIA WSPÓLNE	pkt 6, 8-11, 31-34, 46, 61, 73-77 z uwzględnieniem pojęć zawartych w pkt 101
	Klauzula nr 1 Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 1-15 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 1-10 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 3 Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 1-10 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 4 Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy (w tym stażu) i/lub nauki	pkt 1-4, 7-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 5 Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 6 Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby	pkt 1-4, 8-12 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1

	Klauzula nr 7 Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat	pkt 1-7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 8 Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	pkt 1-5, 7-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 9 Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku	pkt 1-7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 10 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 11 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z uczestnictwem ubezpieczonego w praktykach zawodowych, stażach, kursach lub szkoleniach zawodowych	pkt 1-15 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 12 Ubezpieczenie kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz świadczenie z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny	pkt 1-12 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1

	Klauzula nr 13 Świadczenie z tytułu zwrotów kosztów czesnego oraz kursów i szkoleń w związku z brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach w wyniku NW	pkt 1-8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 14 Usługi Assistance	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensy uprawnia--jące do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	OWU Następstw nieszczęśliwych wypadków – CZĘŚĆ 1 POSTANOWIENIA WSPÓLNE	pkt 7, 8, 15, 16, 47, 48, 57-60, 63-68, 70-71, z uwzględnieniem pojęć zawartych w pkt 101
	Klauzula nr 1 Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 2, 4-8, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 2.1, 2,2, 2.5, 2.9 – 2.10, 3.1, 3.3, 4-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 3 Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 2, 4-6, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 4 Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy (w tym stażu) i/lub nauki	pkt 4-6, 8-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1

	Klauzula nr 5 Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 4, 8-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 6 Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby	pkt 4-7, 9-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 7 Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat.	pkt 2-7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 8 Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	pkt 3, 5-8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 9 Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku	pkt 2-6 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 10 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	pkt 6, 8, 10 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 11 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z uczestnictwem ubezpieczonego w praktykach zawodowych, stażach, kursach lub szkoleniach zawodowych	pkt 5-10, 13, 14, 16-19 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1

	Klauzula nr 12 Ubezpieczenie kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz świadczenie z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny	pkt 3, 7, 9-12 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 13 Świadczenie z tytułu zwrotów kosztów czesnego oraz kursów i szkoleń w związku z brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach w wyniku NW	pkt 3-6, 8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1
	Klauzula nr 14 Usługi Assistance	pkt 3, 6-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 101 części 1

Spis treści

Strona

CZĘŚĆ 1 – POSTANOWIENIA WSPÓLNE ... 10

Postanowienia ogólne ... 10
Przedmiot, zakres i miejsce ubezpieczenia ... 10
Ogólne wyłączenia odpowiedzialności Compensy ... 11
Zawarcie umowy ubezpieczenia ... 11
Zawarcie umowy ubezpieczenia dla innej osoby (na cudzy rachunek) ... 11
Początek i koniec odpowiedzialności Compensy ... 12
Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa ... 12
Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności Compensy ... 13
Składka ubezpieczeniowa ... 13
Obowiązki ubezpieczonego i ubezpieczającego, które wynikają z umowy ubezpieczenia ... 13
Obowiązki ubezpieczającego, ubezpieczonego w razie zaistnienia zdarzenia ... 13
Wypłata świadczenia lub odszkodowania ... 15

POSTANOWIENIA KOŃCOWE ... 15

Roszczenia regresowe ... 15
Reklamacje ... 15
Zawiadomienia i oświadczenia ... 16
Obowiązywanie OWU ... 16

SŁOWNIK ... 16

CZĘŚĆ 2 – KLAUZULE – POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE ... 21

ZAŁĄCZNIK NR 1 ... 39

CZĘŚĆ 1 – POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Postanowienia ogólne

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW dla studentów – dalej nazwane OWU – są częścią umowy ubezpieczenia oznaczonej znakiem towarowym „Wiener" zawieranej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi, które nie mają osobowości prawnej zwanymi Ubezpieczającymi.
2. Na podstawie OWU, Compensa udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych na terenie całego świata, chyba że inaczej wynika z postanowień Klauzuli.
3. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na cudzy rachunek. Postanowienia OWU stosuje się wówczas odpowiednio również do osoby trzeciej wymienionej w umowie ubezpieczenia, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia.
4. 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.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy polskiego prawa, przede wszystkim Kodeksu cywilnego oraz aktów prawnych, które regulują działalność ubezpieczeniową.

Przedmiot, zakres i miejsce ubezpieczenia

6. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiednio zdrowie, życie lub odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego.
7. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych, do których doszło w okresie ubezpieczenia, w tym także podczas wykonywania pracy oraz podczas amatorskiego uprawiania sportu, z zastrzeżeniem ust. 15 pkt 8.
8. Za dodatkową składkę ubezpieczający może rozszerzyć ochronę ubezpieczeniową o zdarzenia związane z amatorskim uprawianiem sportów zimowych oraz z wyczynowym uprawianiem sportu.
9. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie ograniczonym lub pełnym.
10. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ograniczonym obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
    1) podczas pobytu na uczelni w ramach zajęć, z włączeniem wypadków powstałych podczas podróży na i z uczelni.

    albo

    2) podczas pobytu na uczelni w ramach zajęć.
11. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie pełnym obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce przez całą dobę, siedem dni w tygodniu – podczas pobytu na uczelni w ramach zajęć, podczas podróży na i z uczelni oraz w życiu prywatnym.
12. Zakres ubezpieczenia zależy od wyboru ubezpieczającego.
13. Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony jest w klauzulach.
14. W zakresie nieuregulowanym postanowieniami Klauzuli, zastosowanie mają zapisy OWU CZĘŚĆ 1 POSTANOWIENIA WSPÓLNE. Jeśli zapisy OWU CZĘŚĆ 1 POSTANOWIENIA WSPÓLNE i Klauzuli się różnią, pierwszeństwo stosowania mają postanowienia Klauzul.
15. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
    1) wszelkie choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które wystąpiły nagle, w tym również chorób zawodowe – z zastrzeżeniem zapisów Klauzuli nr 8, na podstawie której zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenie z tytułu poważnego zachorowania oraz Klauzuli nr 12;
    2) trwały uszczerbek na zdrowiu, który jest następstwem wszelkich chorób lub stanów chorobowych – nawet takich, które wystąpiły nagle, za wyjątkiem uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku w postaci udaru mózgu lub zawału serca;
    3) następstwa drugiego i kolejnych zawałów serca oraz drugiego i kolejnych udarów mózgu oraz pierwszego udaru mózgu lub pierwszego zawału serca, jeżeli spowodowały je stany chorobowe, które lekarz zdiagnozował przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
    4) następstwa udaru mózgu lub zawału serca u osób, których wiek przekracza 60 rok życia;
    5) uszkodzenia ciała spowodowane leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
    6) utracone korzyści związane z nieszczęśliwym wypadkiem, a także straty rzeczywiste polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy osobistych należących do ubezpieczonego bądź utrata lub pomniejszenie zarobków ubezpieczonego;
    7) zdarzenia zaistniałe w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy o podwyższonym stopniu ryzyka;
    8) zdarzenia zaistniałe w związku z amatorskim uprawianiem sportów zimowych, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o to ryzyko;
    9) zdarzenia zaistniałe w związku z wyczynowym uprawianiem sportów, uprawianiem sportów ekstremalnych lub sportów wysokiego ryzyka, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o to ryzyko;
    10) wszelkie zdarzenia zaistniałe przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

Ogólne wyłączenia odpowiedzialności Compensy

16. Compensa nie odpowiada za zdarzenia powstałe:
    1) w następstwie urazów wysiłkowo-przeciążeniowych, w tym wszelkiego rodzaju przepuklin i wypuklin w obrębie narządu ruchu (m.in. dyskopatii i grup mięśniowych w obrębie kończyn), a także w obrębie powłok ciała (m.in. przepukliny brzuszne, mosznowe);
    2) w wyniku zwichnięcia stawu, jeżeli u ubezpieczonego zdiagnozowano nawykowe, nawracające zwichnięcia tego stawu;
    3) w wyniku wojny, wojny domowej, rebelii, powstania, konfiskaty wojennej, nacjonalizacji, wprowadzenia stanu wojennego lub wyjątkowego;
    4) w wyniku oddziaływania energii jądrowej, promieni jonizujących, laserowych, maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu oraz skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego, napromieniowania;
    5) w wyniku posługiwania się bronią palną lub udziału w polowaniach;
    6) w wyniku posługiwania się wszelkiego rodzaju materiałami wybuchowymi lub pirotechnicznymi;
    7) w wyniku pełnienia obowiązków wojskowych przez jakiekolwiek służby mundurowe podczas działań wojennych, konfliktów zbrojnych;
    8) wskutek umyślnego działania uubezpieczonego lub uprawnionego, w tym także działania polegającego na usiłowaniu lub popełnieniu przez ubezpieczonego przestępstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub celowego spowodowania rozstroju zdrowia;
    9) wskutek prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, leków psychotropowych lub innych podobnie działających środków lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia tego pojazdu;
    10) wskutek zatrucia alkoholem, narkotykami, lekami psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami;
    11) wskutek działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, zażyciu narkotyków, leków psychotropowych lub innych podobnie działających środków;
    12) w wyniku aktów terroryzmu;
    13) wskutek udziału ubezpieczonego w marszach protestacyjnych i wiecach, zamieszkach, bójkach, rozruchach lub aktach terroru lub sabotażu;
    14) wskutek czynnego udziału w zawodach pojazdów silnikowych (w tym żużlowych, kartingowych, i samochodowych), rajdach, jazdach próbnych i testowych lub wykonywania zadań kaskaderskich;
    15) w wyniku chorób i wad wrodzonych lub wad rozwojowych, gdy miały wpływ na powstanie obrażenia urazowego;
    16) na skutek leczenia usprawniającego.

    Powyższe postanowienia mają również zastosowanie do Klauzul, chyba że z ich postanowień wynika odmiennie.
17. Compensa stosuje wyłączenie albo ograniczenie swojej odpowiedzialności, jeżeli pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym lub szkodą, a okolicznością wskazaną w postanowieniach dotyczących danego wyłączenia albo ograniczeniem odpowiedzialności istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. gdy zdarzenie ubezpieczeniowe lub szkoda są typowym, normalnym następstwem wspomnianej okoliczności.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

18. Umowa zawierana jest na okres roczny lub krótszy niż rok. Okres ubezpieczenia jest wskazany w umowie ubezpieczenia.
19. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie ofertowym, w trybie przetargowym lub na podstawie pisemnego wniosku wypełnionego przez ubezpieczającego. Wniosek jest częścią umowy.
20. Ubezpieczający jest obowiązany udzielić Compensie odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku lub skierowane do niego w formie pisemnej.
21. Zawarcie umowy ubezpieczenia Compensa potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
22. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie:
    a) indywidualnej imiennej;
    b) grupowej imiennej;
    c) grupowej bezimiennej.
23. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, nie można zmienić jej warunków.
24. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej, minimalna liczba osób ubezpieczonych wynosi 10.

Zawarcie umowy ubezpieczenia dla innej osoby (na cudzy rachunek)

25. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek o charakterze grupowym, przesłanki, sposób oraz termin występowania z umowy ubezpieczenia grupowego dla poszczególnych ubezpieczonych określony będzie każdorazowo w zawartej grupowej umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek.
26. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować ubezpieczonego o zawarciu umowy na jego rachunek. Ubezpieczający jest ponadto zobowiązany udostępnić ubezpieczonemu, w sposób przez nich ustalony, informacje o zawartej umowie ubezpieczenia, treści OWU oraz trybie postępowania w razie zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
27. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, gdy koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez ubezpieczonego, ubezpieczający zobowiązany jest przekazać oso-

bie zainteresowanej warunki ubezpieczenia przed przystąpieniem do takiej umowy na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę - na innym trwałym nośniku.

28. Ubezpieczający ma obowiązek zapłacić składkę. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Compensie wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.
29. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do ubezpieczonego stosuje się w szczególności:
    1) obowiązki ubezpieczającego określone w ust. 57, 58, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;
    2) postanowienia ust. 39, 45 oraz 61, 63-68, 70-71.
30. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Compensy na prośbę ubezpieczonego wskazanego w umowie ubezpieczenia przekaże ubezpieczonemu w ciągu 14 dni od dnia otrzymania prośby postanowienia zawartej umowy oraz postanowienia OWU, które dotyczą jego praw i obowiązków.

Początek i koniec odpowiedzialności Compensy

31. Początek i koniec okresu ubezpieczenia określony jest w dokumencie ubezpieczenia.
32. Odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się w dniu, który został wskazany w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że ubezpieczający:
    1) zawarł z Compensą umowę ubezpieczenia i
    2) zapłacił składkę lub jej pierwszą ratę.

    Jeżeli ubezpieczający płaci składkę lub jej pierwszą ratę z odroczonym terminem płatności, odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się w dniu, który został wskazany w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
33. Odpowiedzialność Compensy może się rozpocząć w innym dniu – jeśli tak zostanie ustalone z ubezpieczającym. Jeżeli ubezpieczający płaci składkę lub jej pierwszą ratę z odroczonym terminem płatności, odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
34. Odpowiedzialność Compensy kończy się z chwilą wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa

35. Umowa ubezpieczenia wygasa:
    1) z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
    2) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia Compensa o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach, o których mowa w ust. 36 i ust. 42;
    3) z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu na opłacenie kolejnej raty składki wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty w sytuacji, o której mowa w ust. 45;
    4) z dniem określonym w porozumieniu stron dotyczącym rozwiązania umowy;
    5) zakończy się 30-dniowy okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeśli ubezpieczający ją wypowie, zgodnie z ust. 40.
36. Jeżeli Compensa ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Compensa może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia, umowa wygasa z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
37. 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. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
38. W razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nie przysługuje, jeśli nastąpiło wyczerpanie sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty świadczenia.
39. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas określony może być wypowiedziana przez Compensę ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach wskazanych w obowiązujących przepisach prawa, a także z ważnych powodów, za które uważa się:
    1) zatajenie lub podanie przez ubezpieczającego nieprawdziwych okoliczności, o które Compensa zapytywała przed zawarciem umowy, a które miały wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i/lub wysokość składki,
    2) popełnienie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rzecz innej osoby, przestępstwa pozostającego w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
40. Ubezpieczający może rozwiązać umowę ubezpieczenia w formie pisemnej z zachowaniem trzydziestodniowego okresu wypowiedzenia.
41. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Compensa udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
42. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, 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 umowy ubezpieczenia może w terminie 14 dni od daty otrzymania żądania rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

43. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na rachunek innej osoby, osoba ta ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie. Wystąpienie ma skutek w dniu następnym po złożeniu oświadczenia, chyba że osoba występująca z umowy ubezpieczenia ustaliła z Compensą inaczej.
44. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez jedynego ubezpieczonego, na którego rachunek umowa jest zawarta w dniu wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia.
45. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności Compensy po upływie 7 dni od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania do zapłaty raty składki wraz z informacją o skutkach jej niezapłacenia, jeżeli rata składki nie została zapłacona w terminie określonym w wezwaniu. Umowę ubezpieczenia uważa się wówczas za wypowiedzianą przez ubezpieczającego ze skutkiem na dzień ustania odpowiedzialności Compensy, a ust. 40 nie ma zastosowania.

Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności Compensy

46. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna ustalana jest przez ubezpieczającego z Compensą przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, a jej wysokość wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
47. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Compensy na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia, o ile w klauzulach nie wskazano inaczej.
48. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna ulega zmniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie lub świadczenie, chyba że z klauzul wynika inaczej.

Składka ubezpieczeniowa

49. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności.
50. Wysokość składki i terminy jej zapłaty zawarte są w dokumencie ubezpieczenia.
51. Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach.
52. Na wysokość składki ubezpieczeniowej mają wpływ:
    1) suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna;
    2) zakres ubezpieczenia;
    3) okres ubezpieczenia;
    4) czynniki ryzyka;
    5) częstotliwości opłacania składki;
    6) wiek ubezpieczonych;
    7) liczba ubezpieczonych osób;
    8) indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego.
53. Ubezpieczający opłaca składkę lub jej pierwszą ratę w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia postanowiono inaczej.
54. Jeśli ubezpieczający zapłaci niższą kwotę składki lub jej raty, niż określa umowa ubezpieczenia, uznane zostanie, że jej nie zapłacił.
55. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, za dzień zapłaty uważa się dzień złożenia zlecenia 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 dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Compensy pełną kwotą wymaganej składki lub jej raty.
56. Compensa zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zapisu o składce minimalnej z umowy ubezpieczenia.

Obowiązki ubezpieczonego i ubezpieczającego, które wynikają z umowy ubezpieczenia

57. Ubezpieczający oraz ubezpieczony, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rachunek innej osoby, zobowiązani są podać do wiadomości Compensy wszystkie znane sobie okoliczności, o które Compensa zapytywała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo innych pismach przed zawarciem umowy.
58. W czasie trwania umowy ubezpieczający oraz ubezpieczony, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rachunek innej osoby, jest zobowiązany zawiadomić Compensę o zmianach okoliczności, o które Compensa pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem umowy, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
59. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 57 i 58, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
60. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 57 - 59 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 57-59, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.

Obowiązki ubezpieczającego, ubezpieczonego w razie zaistnienia zdarzenia

61. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczony zobowiązany jest:
    1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
    2) niezwłocznie powiadomić Compensę o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
    3) dostarczyć do Compensy:

a) wypełniony formularz zgłoszenia szkody;

b) dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) oraz uzasadniającą konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia, jak również dokumentację z przeprowadzonego leczenia, w szczególności dokumentację z udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po zdarzeniu;

c) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia lub odszkodowania, wskazane przez Compensę;

4) zabezpieczyć dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem w celu uzasadnienia roszczenia;

5) umożliwić Compensie zasięganie informacji dotyczących okoliczności nieszczęśliwego wypadku, w szczególności zwolnić lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad ubezpieczonym po wypadku, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej o stanie jego zdrowia oraz podać adresy i nazwy placówek medycznych, w których ubezpieczony był leczony (również przed zawarciem umowy) – poprzez własnoręczne podpisanie oświadczenia przy zgłaszaniu roszczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku, chyba że odpowiednie oświadczenie ubezpieczony złożył przy zawieraniu umowy ubezpieczenia;

6) w razie takiego zalecenia - poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Compensę.

7) zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób, które przyczyniły się do szkody lub ją wyrządziły, zwłaszcza wskazać te osoby;

8) niezwłocznie powiadomić policję i uzyskać pisemne potwierdzenie zgłoszenia, jeśli szkoda powstała w wyniku przestępstwa lub czynu niedozwolonego, np. rozboju;

9) niezwłocznie powiadomić straż pożarną, policję lub inne służby, jeżeli okoliczności lub rodzaj szkody wymagają obecności tych służb w miejscu, w którym ona powstała;

10) udzielić przedstawicielom Compensy wszelkich wyjaśnień w sprawie szkody, o jakie zostanie poproszony;

11) postępować zgodnie z przekazanymi przez Compensę zaleceniami.

62. Compensa może weryfikować dokumenty, które otrzymuje oraz zasięgać opinii lekarzy specjalistów.

63. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający oraz ubezpieczony, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rachunek innej osoby, zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiarów szkody, a także zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę. Compensa obowiązana jest, w granicach sumy ubezpieczenia, zwrócić ubezpieczającemu koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa wyżej, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

64. Jeżeli przeciwko ubezpieczonemu w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym wszczęto postępowanie karne lub cywilne albo poszkodowany wystąpił na drogę sądową, ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Compensę w formie pisemnej, nawet jeśli już szkoda została zgłoszona.

65. W przypadku poniesienia przez Compensę kosztów obrony interesów prawnych ubezpieczonego w postępowaniu karnym lub cywilnym, ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Compensę o:

1) terminie ogłoszenia wyroku – niezwłocznie, po jego otrzymaniu, albo

2) doręczeniu wyroku – niezwłocznie po jego otrzymaniu.

Ubezpieczony zwolniony jest z tego obowiązku, gdy przedstawiciel Compensy uczestniczy w tym postępowaniu.

66. W razie ograniczenia lub cofnięcia powództwa ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić o tym Compensę.

67. Ubezpieczony nie może uznać ani zaspokoić roszczeń osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, jeśli wcześniej nie uzyska na to pisemnej zgody Compensy. Gdy zrobi to bez zgody Compensa, nie wywoła to skutków prawnych wobec Compensy.

68. Jeżeli inny ubezpieczyciel objął ochroną to samo zdarzenie ubezpieczeniowe, ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie:

1) poinformować tego ubezpieczyciela o powstaniu szkody oraz

2) zawiadomić Compensę o powyższym.

69. Obowiązki wymienione w ust. 61, 63 - 68, dotyczą ubezpieczonego warunkiem, że wiedział o zawarciu umowy na jego rzecz.

70. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rachunek innej osoby, z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował dostępnych mu środków w celu zmniejszenia rozmiarów szkody, a także nie zabezpieczył możności dochodzenia roszczeń wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, wówczas Compensa jest wolna od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

71. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony z winy umyślnej nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w OWU (w tym w Klauzulach), a miało to wpływ na zwiększenie szkody, ustalenie okoliczności nieszczęśliwego wypadku, zachorowania, zdarzenia lub rozmiaru szkody, Compensa może odpowiednio zmniejszyć świadczenie.

72. Compensa może wystąpić do ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, w szczególności do lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę nad ubezpieczonym, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez ubezpieczonego danych o stanie zdrowia, w tym dla stwierdzenia, czy dane leczenie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

Wypłata świadczenia lub odszkodowania

73. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi upoważnionym do odbioru świadczenia lub odszkodowania, a w przypadku refundacji kosztów – osobie lub podmiotowi, które te koszty poniosły. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest w złotych.
74. Compensa jest obowiązana spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
75. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Compensy albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie winno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Compensa jest obowiązana spełnić w terminie przewidzianym w ust. 74.
76. Koszty poniesione w walutach obcych przelicza się na złote według kursu średniego NBP z dnia ustalenia świadczenia lub odszkodowania.
77. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia, Compensa informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego – jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na cudzy rachunek, a ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz zawiadamiając o możliwości odwołania się lub o dochodzeniu roszczeń na drodze postępowania sądowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Roszczenia regresowe

78. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przez Compensę, roszczenie ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Compensę do wysokości zapłaconego świadczenia lub odszkodowania. Jeżeli Compensa pokryła tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Compensy.
79. Nie przechodzą na Compensę roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
80. Jeżeli ubezpieczony bez zgody Compensy zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Compensa może odmówić wypłaty świadczenia lub odszkodowania albo je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu świadczenia lub odszkodowania, Compensa może żądać od ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.
81. Jeżeli ze względów proceduralnych z powództwem może wystąpić tylko ubezpieczony lub uprawniony, na żądanie Compensy zobowiązany jest on udzielić wymaganych pełnomocnictw procesowych oraz złożyć wymagane przepisami danego kraju wnioski i oświadczenia, jak również upoważnić Compensę do odbioru zasądzonych kwot i odszkodowań, odsetek i kosztów postępowania.

Reklamacje

82. Reklamację w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia może zgłosić ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z tej umowy.
83. Reklamację można złożyć:
    1) w formie pisemnej – na adres wybranej jednostki Compensy lub osobiście;
    2) w formie elektronicznej (e-mail: reklamacje@wiener.pl, formularz na stronie internetowej www.wiener.pl)
    3) ustnie (osobiście do protokołu lub telefonicznie).
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Zgłaszający reklamację może wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy.
88. Spór może zostać rozstrzygnięty przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym albo Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego, w trybie wskazanym w regulaminach tych Sądów.
89. Zgłaszającemu reklamację przysługuje prawo dochodzenia swoich roszczeń przed sądem. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby

ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

90. Compensa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

91. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji przez Compensę, chyba że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania z reklamacją.

Zawiadomienia i oświadczenia

92. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy, związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i przebiegiem tej umowy, winny być sporządzone na piśmie i doręczone za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym, o ile z postanowień umowy ubezpieczenia (w tym szczególnych regulacji OWU) nie wynika inaczej.

93. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Compensę o zmianie swojego adresu zamieszkania bądź siedziby.

94. Compensa jest zobowiązana poinformować ubezpieczającego o zmianie adresu siedziby.

95. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia może być wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego bądź ubezpieczonego.

96. W kontaktach i prowadzonej z Compensą korespondencji obowiązuje język polski.

97. Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień umowy, Compensa nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Compensę na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

98. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Obowiązywanie OWU

99. OWU wraz z klauzulami OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Compensy nr 01/07/2024.

100. OWU wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2024 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od tej daty.

SŁOWNIK

101. Przez użyte w OWU pojęcia rozumie się:

1) **anemia plastyczna** – niedokrwistość uwarunkowana znacznym upośledzeniem czynności krwiotwórczej szpiku. Jej rezultatem jest: anemia, neutropenia lub trombocytopenia, które wymagają zastosowania jednej z następujących metod leczenia: transfuzji krwi, przeszczepu szpiku kostnego, leczenia stymulującego odnowę szpiku kostnego;

2) **amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana przez ubezpieczonego dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych, będąca jedną z form czynnego wypoczynku (nieobejmująca wyczynowego uprawiania sportu);

3) **amatorskie uprawianie sportów zimowych** – forma aktywności fizycznej podejmowana przez ubezpieczonego w warunkach zimowych w wyznaczonych do tego celu miejscach, dla wypoczynku, rozrywki i odnowy sił psychofizycznych (nieobejmująca wyczynowego uprawiania sportu);

4) **akt terroru** – nielegalne działanie lub akcja, które cechuje jednocześnie to, że:

   a) są organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych;

   b) są indywidualne lub grupowe;

   c) prowadzą je osoby, które działają samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiejkolwiek organizacji lub rządu;

   d) są skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu oraz

   e) mają na celu wywrzeć wpływ na rząd, wprowadzić chaos, zastraszyć ludność lub zdezorganizować życie publiczne przy użyciu przemocy bądź groźby użycia przemocy;

5) **bójka** – starcie, którego uczestnicy wzajemnie naruszają swoją nietykalność cielesną, ponieważ wymieniają uderzenia. Są oni jednocześnie napastnikami oraz broniącymi się. Braniem udziału w bójce nie jest włączenie się do zajścia w celu przywrócenia porządku lub spokoju publicznego związane z wykonywaniem czynności służbowych ani działanie w ramach obrony koniecznej;

6) **choroba** – nagła reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy, różniące się od czynników zdrowego organizmu;

7) **choroba Alzheimera** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym;

8) **choroba Parkinsona** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę stwierdza neurolog na podstawie trwałych ubytków neurologicznych.

Ochrona nie obejmuje zespołu Parkinsona, wywołanego przez czynniki toksyczne;

9) **choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz:
   a) częściowej resekcji jelita cienkiego lub grubego lub
   b) całkowitej resekcji jelita grubego;

   Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego;

10) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – choroba, która powoduje, że Ubezpieczony nie może wykonywać minimum trzech z pięciu następujących czynności życia codziennego:
   a) poruszać się w domu – poruszać się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez pomocy drugiej osoby;
   b) kontrolować czynności fizjologicznych – kontrolować oddawania kału i moczu oraz utrzymywać higieny osobistej;
   c) ubierać się – samodzielnie, bez pomocy drugiej osoby, ubierać się i rozbierać;
   d) myć się i robić toalety – samodzielnie, bez pomocy drugiej osoby, wykonywać czynności związanych z myciem i higieną osobistą;
   e) jeść – samodzielnie jeść gotowych posiłków;

11) **choroba nowotworowa złośliwa** – niekontrolowany rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie złośliwych komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Rozpoznanie nowotworu złośliwego powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym pobranego materiału lub innym badaniem koniecznym do określenia stadium zaawansowania choroby. Za chorobę nowotworową złośliwą uważa się także białaczkę i chorobę Hodgkina. Natomiast za chorobę nowotworową złośliwą nie uważa się:
   a) nieinwazyjnych guzów, wykazujących jedynie wczesne zmiany złośliwe;
   b) zlokalizowanych nowotworów „in situ";
   c) mięsaka Kaposiego i nowotworów towarzyszących AIDS;
   d) nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy naciekający w głąb ponad 0,75 mm;

12) **choroba zawodowa** – choroba wymieniona w wykazie chorób zawodowych, charakteryzująca się tym, że w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z dużym prawdopodobieństwem, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy;

13) **dystrofia mięśniowa** – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która powoduje postępujący zanik mięśni i doprowadza do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni z przyczyn neurologicznych lub naczyniowych;

14) **koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków** – niezbędne z medycznego punktu widzenia, zalecone przez lekarza, udokumentowane i związane z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, koszty:
   a) wizyt lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych i operacji;
   b) zakupu lekarstw i środków opatrunkowych;
   c) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium;
   d) koszty badań diagnostycznych, leczenia w komorze dekompresyjnej, zabiegów krioterapii;
   e) koszty leczenia usprawniającego;
   f) koszty odbudowy stomatologicznej zębów, o ile zostały uszkodzone wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową;
   g) operacji plastycznych;

15) **leczenie usprawniające** – terapia medyczna zalecona przez lekarza, mająca na celu przywrócenie możliwie najpełniejszej sprawności psychofizycznej układu kostno–mięśniowo-nerwowego oraz wyeliminowanie zaburzeń i reakcji psychicznych. W rozumieniu OWU, za leczenie usprawniające uważa się również rehabilitację;

16) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Compensy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, wbrew swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, powodujących trwały uszczerbek na zdrowiu, albo zmarł. W rozumieniu OWU, za nieszczęśliwy wypadek uważa się również udar mózgu oraz zawał serca, jeżeli nie były spowodowane wcześniejszymi zdiagnozowanymi stanami chorobowymi, z zastrzeżeniem ust. 15 pkt. 3 i 4;

17) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzony w dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia stan, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, który polega na tym, że ubezpieczony nie jest w stanie, bez pomocy drugiej osoby, wykonywać co najmniej czterech z niżej wymienionych czynności życia codziennego:
   a) korzystać z toalety;
   b) utrzymać higieny osobistej – czyli myć się w wannie lub pod prysznicem;
   c) ubierać się i rozbierać;
   d) spożywać posiłków;

e) samodzielnie się poruszać, także za pomocą chodzika, laski lub kuli;

f) przechodzić z łóżka na wózek i z powrotem;

18) **nowotwór in situ** – choroba, która charakteryzuje się niekontrolowanym rozwojem zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek. Polega na ograniczonym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z jakiego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające. Podstawą jej kwalifikacji jest obowiązująca na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD, rozdział „Nowotwory in situ". W rozumieniu OWU, za nowotwory in situ nie uważa się chorób zakwalifikowanych według obowiązującej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD z części D03 Czerniak in situ, D04 Rak in situ skóry oraz D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;

19) **niewydolność nerek** – nieodwracalna utrata funkcji obu nerek (lub jednej, jeśli jest jedyną), niezależnie od przyczyny, wywołująca konieczność regularnej dializy lub hemodializy nerek lub prowadząca do przeszczepu organu;

20) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem. Rozpoznanie niewydolności wątroby musi być potwierdzone dokumentacją medyczną. Stan jest przewlekły, gdy trwa co najmniej 6 miesięcy od dnia zdiagnozowania i powoduje krańcową niewydolność wątroby. Z zakresu ochrony wyłączona jest niewydolność wątroby w wyniku choroby zakaźnej, jak wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz zakażenie wirusem HIV;

21) **osoba bliska** – małżonek ubezpieczonego, wstępny, zstępny, rodzeństwo ubezpieczonego, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca z ubezpieczonym w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z ubezpieczonym.

22) **operacja chirurgiczna** – niezbędny z medycznego punktu widzenia, inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez wykwalifikowany personel medyczny, połączony z przecięciem tkanek, mający na celu wyleczenie lub zmniejszenie objawów choroby lub urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Operacją nie jest zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, zabieg endoskopowy oraz cesarskie cięcie, inwazyjny zabieg chirurgiczny, który nie wymaga co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu;

23) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń, okaleczeń lub deformacji ciała ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;

24) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu lub klinice, gdy trwa nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny. Za pierwszy dzień pobytu przyjmujemy dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;

25) **porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata ruchowości co najmniej dwóch całych kończyn, powodująca niemożność ich używania. Diagnoza i określenie trwałości utraty ruchowości muszą wykazywać ciągłość i trwałość porażenia przez co najmniej 12 następujących po sobie miesięcy od momentu jego wystąpienia;

26) **poszkodowany** – każda osoba trzecia, wobec której w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym ubezpieczony odpowiada za wyrządzoną szkodę i która nie jest wskazana jako ubezpieczony w polisie;

27) **poważne zachorowanie** – wystąpienie i zdiagnozowanie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności jednej lub kilku wymienionych chorób:

a) anemia plastyczna;

b) choroba Alzheimera;

c) choroba Parkinsona;

d) choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita;

e) choroba Creutzfeldta-Jakoba;

f) dystrofia mięśniowa;

g) choroba nowotworowa złośliwa;

h) niewydolność nerek;

i) niewydolność wątroby;

j) porażenie kończyn;

k) przeszczep organu;

l) stwardnienie rozsiane;

m) utrata wzroku;

n) utrata słuchu;

o) cukrzyca typu 1;

p) utrata kończyn;

q) utrata mowy;

r) sepsa;

28) **praca** – czynności, za które zwyczajowo otrzymuje się wynagrodzenie wykonywane na podstawie umowy o pracę bądź umowy cywilnoprawnej, lub w ramach działalności gospodarczej lub zawodowej prowadzonej przez ubezpieczonego we własnym imieniu;

29) **praca na wysokości** – praca wykonywana na wysokości co najmniej 1 metra nad poziomem podłogi lub ziemi, za wyjątkiem sytuacji, gdy powierzchnia, na której pracujemy:

a) jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi;

b) jest wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące pracownika przed upadkiem z wysokości;

30) **praca o podwyższonym stopniu ryzyka** – wykonywanie pracy:

a) fizycznej w górnictwie węglowym, kopalnictwie, gazownictwie, energetyce, hutnictwie, w służbach mundurowych;

b) w przemyśle stoczniowym – przy budowie i remontach statków;

c) przy materiałach wybuchowych, radioaktywnych i chemicznych;

d) nurków;

e) na wysokości, pod ziemią;

f) operatorów urządzeń dźwigowych;

g) przy urządzeniach wysokiego napięcia;

h) w przemyśle naftowym (platformy wiertnicze, szyby wiertnicze, magazyny paliwowe, stacje benzynowe);

i) w służbach ratowniczych górskich i wodnych;

j) dżokejów, ujeżdżaczy koni wyścigowych, akrobatów, kaskaderów, pogromców zwierząt i innych zawodów związanych z pracą w cyrku;

31) **przeszczep organu** – zabieg chirurgiczny polegający na przeszczepie: nerek, serca, płuc, wątroby lub trzustki w celu ratowania życia ubezpieczonego;

32) **przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie spoza organizmu ubezpieczonego będące jedynym powodem, które doprowadziło do jego obrażeń ciała. Polega ono na oddziaływaniu na ciało czynników: a) mechanicznych, które prowadzą do urazów, uderzeń; b) grawitacyjnych, które prowadzą do upadków; c) innych, które prowadzą do oparzeń, zatruć lub urazów akustycznych. Za przyczynę zewnętrzną nie uważa się stresu, przeżyć oraz drobnoustrojów chorobotwórczych;

33) **sepsa** - uogólniona nadmierna reakcja zapalna organizmu, która powstała w wyniku zakażenia i powoduje zagrażającą życiu dysfunkcję organów wewnętrznych, w tym ważnych dla życia, jak serce, płuca, nerki, wątroba, ośrodkowy układ nerwowy. Compensa ponosi odpowiedzialność wyłącznie za przypadki o udowodnionej badaniem bakteriologicznym z krwi etiologii pneumokokowej, meningokokowej i wywołane klebsiella pneumoniae oraz uwarunkowane utrwalonymi zmianami narządowymi prowadzącymi do poważnej dysfunkcji tych narządów;

34) **sporty ekstremalne** – rodzaje sportów, których uprawianie wiąże się z większym ryzykiem niż w innych dyscyplinach, zazwyczaj wymagających ponadprzeciętnych zdolności fizycznych lub psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania;

35) **sporty wysokiego ryzyka** – rodzaje aktywności fizycznej, które niosą za sobą duże prawdopodobieństwo wypadkowości dla osób je uprawiających. Za sporty wysokiego ryzyka uznaje się sporty należące do następujących dziedzin: alpinizm, himalaizm, alpinizm podziemny, wspinaczka skalna lub lodowa, buldering, parkour, canyoing, trekking na wysokości powyżej 2 500 m n.p.m., sporty i sztuki walki, sporty obronne, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych i płetwonurkowanie sportowe, freediving, rafting, hydrospeed, kiteboarding, zorbing lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, sporty lotnicze, skoki ze spadochronem, paralotniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, mountainboarding, sporty motorowe, sporty motorowodne, a także bungee jumping, B.A.S.E. jumping, jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na rowerze, w tym górskim, motocyklach oraz quadach po terenie obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny skoczne itp.) lub po specjalnie przygotowanych trasach (z wyjątkiem miejskich i turystycznych dróg rowerowych), wyczynowa jazda na hulajnodze;

36) **stan po spożyciu alkoholu** – stan, który występuje, gdy:

a) zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila

albo

b) obecność alkoholu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg w 1 dm^3 wydychanego powietrza;

37) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym:

a) zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość

albo

b) zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;

38) **stwardnienie rozsiane** – choroba zapalna ośrodkowego układu nerwowego wywołana procesami demielinizacyjnymi. Objawia się ogniskową demielinizacją, utrzymującymi się zaburzeniami motorycznymi lub zaburzeniami czucia. Stwierdza ją neurolog podczas hospitalizacji na oddziale neurologicznym na podstawie badań obrazowych i aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda). Compensa nie odpowiada za rozpoznanie tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome) ani za procesy demielinizacyjne, na podstawie których jednoznacznie nie rozpoznano stwardnienia rozsianego;

39) **suma gwarancyjna** – maksymalna kwota, jaką poszkodowany może otrzymać z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym;

40) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Compensy w ramach grupy ubezpieczeń lub danego rodzaju ubezpieczenia.;

41) **szkoda na osobie** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego;

42) **szkoda w mieniu** – uszkodzenie, zniszczenie mienia w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego;

43) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący całodobową opiekę nad chorymi w warunkach zamkniętych w zakresie diagnostyki i leczenia, przy pomocy wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Za szpital nie uważa się domów opieki, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień oraz szpitali i ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;

44) **środki pomocnicze** – zalecone przez lekarza środki niezbędne do tego, żeby wspomagać leczenie po doznanym trwałym uszczerbku na zdrowiu. Mogą to być: gorsety, protezy (w tym protezy uzupełniające, modularne, bioniczne), ortezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, okulary korekcyjne i aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie;

45) **świadczenie** – rekompensata za szkodę na osobie, np. wypłata za orzeczony trwały uszczerbek na zdrowiu, zadośćuczynienie;

46) **Tabela norm procentowego uszczerbku na zdrowiu** – wykaz uszkodzeń ciała oraz odpowiadający im procentowy przedział trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabele są załącznikiem do OWU;

47) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, określone przez lekarza orzecznika Compensy na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

48) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia na własną rzecz albo na rzecz innej osoby i która zobowiązana jest do zapłacenia składki;

49) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;

50) **udar mózgu** – nagłe wystąpienie zaburzeń czynności mózgu trwających ponad 24 godziny, spowodowane przyczynami naczyniowymi (krwotok, zakrzep, zator),) powodujące objawy ubytkowe trwające ponad 3 miesiące, oraz potwierdzone wynikami badań obrazowych – CT lub MR. W rozumieniu OWU, za udar mózgu nie uważa się przemijających zaburzeń niedokrwiennych (TIA - transient ischaemic attack);

51) **Uprawniony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego; jeżeli nie wskazano uprawnionego świadczenie zostaje wypłacone członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom oraz pozostałym spadkobiercom w kolejności wynikającej z dziedziczenia ustawowego, z wyjątkiem gminy ostatniego miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej uprawnionym jest poszkodowany;

52) **utrata słuchu** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata słuchu w całej skali słyszalnych częstotliwości;

53) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach lub w jedynym oku, której nie można skorygować za pomocą szkieł korekcyjnych lub postępowania medycznego, np. zabiegu operacyjnego;

54) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez ubezpieczonego sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych, m.in. poprzez uczestnictwo w treningach, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych. W rozumieniu OWU, za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;

55) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek z udziałem ubezpieczonego wywołany ruchem pojazdu, będący bezpośrednią i wyłączną przyczyną obrażeń ciała, lub śmierci ubezpieczonego, w którym ubezpieczony występuje jako osoba kierująca pojazdem, pasażer pojazdu, pieszy, rowerzysta, użytkownik UTO, hulajnóg, wózków inwalidzkich;

56) **zawał serca** – martwica mięśnia serca powstała w wyniku jego niedokrwienia, wykazująca objawy kliniczne, elektrokardiograficzne i biochemiczne, która powstała w wyniku zamknięcia światła naczynia wieńcowego;

57) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną powstania szkody na osobie lub szkody w mieniu, za które Compensa ponosi odpowiedzialność.

CZĘŚĆ 2

KLAUZULE – POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

Klauzula 1
Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa odpowiada za śmierć lub niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałą w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane jest uprawnionemu w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku komunikacyjnego, świadczenie wypłacane jest uprawnionemu w wysokości 150% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
4. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego i świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nie kumulują się (wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie).
5. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest pod warunkiem, że nastąpiła ona w ciągu 24 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków pod warunkiem, że ta niezdolność:
   1) została potwierdzona przez lekarza;
   2) rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i trwała co najmniej 6 miesięcy.
7. Jeżeli ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie zmarł na skutek tego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci nie zostanie wypłacone, chyba że śmierć nastąpiła w wyniku wypadku komunikacyjnego. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego dopłacone zostanie świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia NNW.
8. Poza świadczeniem z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Compensa wypłaci uprawnionemu dodatkowo zwrot kosztów pogrzebu ubezpieczonego.

   Świadczenie z tytułu kosztów pogrzebu wypłacane je uprawnionemu pod warunkiem, że do śmierci doszło wskutek nieszczęśliwego wypadku. Za koszty pogrzebu Compensa uznaje również koszty transportu zwłok w Polsce do miejsca pochówku.
9. Zwrot kosztów pogrzebu następuje do wysokości 8.000 zł.
10. Odszkodowanie z tytułu kosztów pogrzebu ubezpieczonego wypłacane jest ponad sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Ustalenie wysokości świadczenia

11. Świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lekarza orzecznika o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji potwierdzającego całkowitą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego do wykonywania czynności życia codziennego bez pomocy drugiej osoby.
12. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane jest na podstawie odpisu aktu zgonu, kopii karty zgonu z rozpoznaniem przyczyny zgonu albo kopii innego dokumentu, w którym lekarz lub uprawniony podmiot stwierdzają przyczynę zgonu.
13. Świadczenie lub odszkodowanie z tytułu śmierci wypłacane jest uprawnionemu, wskazanemu w umowie ubezpieczenia.
14. W razie braku uprawnionego, występujący o wypłatę świadczenia zobowiązany jest przedłożyć dodatkowo kopię dokumentu potwierdzającego związek rodzinny z ubezpieczonym (np. stwierdzenie nabycia spadku w dziedziczeniu ustawowym), potwierdzoną za zgodność z oryginałem.
15. Rodzaj i wysokość świadczenia lub odszkodowania wypłacane jest po ustalenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem a odpowiednio – śmiercią lub niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
16. Związek przyczynowo-skutkowy ustalany jest przez Compensa na podstawie otrzymanych dowodów.

Klauzula nr 2
Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków (w tym następstwa udaru mózgu i zawału serca).
2. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku**

   2.1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest w wysokości 1% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej jednak niż 100% tej sumy ubezpieczenia;

   2.2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane jest po określeniu przez lekarza orzecznika powołanego przez Compensę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

   2.3. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych oraz Tabeli norm procentowego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w Compensie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, bez konieczności badania osoby ubezpieczonej przez lekarza orzecznika, z zastrzeżeniem pkt 2.4.

2.4. Jeżeli ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych nie jest możliwe, stopień ten Compensa ustala na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarza orzecznika wskazanego przez Compensę.

2.5. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a, odpowiednio, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu albo śmiercią ubezpieczonego.

2.6. Ustalenie związku przyczynowo-skutkowego, o którym mowa w pkt 2.5, następuje na podstawie dostarczonych przez ubezpieczonego dowodów, a także na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 2.4.

2.7. Compensa zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

2.8. Ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powinno nastąpić niezwłocznie po zakończeniu leczenia, w tym ewentualnego leczenia rehabilitacyjnego. W razie dłuższego leczenia, ostateczny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony najpóźniej w 12. miesiącu od dnia nieszczęśliwego wypadku.

2.9. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.

2.10. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem właściwym dla danego organu, narządu lub układu narządów po wypadku a stopniem uszczerbku istniejącym przed wypadkiem.

2.11. Jeżeli ubezpieczony, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarł przed ustaleniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem tego wypadku, świadczenie ustala się według przypuszczalnego, określonego procentowo przez lekarza orzecznika wskazanego przez Compensę, stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2.12. Jeżeli ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się wówczas, jeżeli jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu, uwzględniając uprzednio wypłaconą kwotę. Świadczenie wypłaca się pod warunkiem, że śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

2.13. Jeżeli ubezpieczony zmarł po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z nieszczęśliwym wypadkiem, niewypłacone przed śmiercią ubezpieczonemu świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się spadkobiercom ubezpieczonego.

2.14. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu można rozszerzyć o świadczenie progresywne.

W przypadku takiego rozszerzenia wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalana jest jako iloczyn sumy ubezpieczenia określonej w umowie, wartości procentowej doznanego uszczerbku na zdrowiu, sumy ubezpieczenia i współczynnika progresji zgodnie z poniższym:

Współczynnik progresji wynosi:

- 1,0 – gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu to 1 – 25%,
- 1,5 – gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu to 26 – 50%,
- 2,0 – gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu to 51 – 65%,
- 2,5 – gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu to 66 – 80%,
- 3,0 – gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu to więcej niż 80%.

2.15. W razie doznania przez ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku urazu w postaci złamania kości, oparzenia, odmrożenia, wstrząśnienia bądź stłuczenia mózgu, wysokość świadczenia ustalana jest zgodnie z zapisami zawartymi w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 3.2.

3. **Świadczenie z tytułu złamania kości, oparzenia, odmrożenia, wstrząśnienia lub stłuczenia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku**

3.1. Świadczenie z tytułu złamania kości, oparzenia, odmrożenia, wstrząśnienia lub stłuczenia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest w wysokości procentu sumy ubezpieczenia przypisanego do danego urazu określonego w poniższej tabeli, nie więcej jednak niż w wysokości 100% tej sumy ubezpieczenia.

Rodzaj urazu	Procent uszczerbku	
ZŁAMANIA	**Prawa (dominująca)**	**Lewa**
Złamanie kości pokrywy czaszki	2%	
Złamanie kości podstawy czaszki	10%	
Złamanie kości szczęki lub żuchwy	7%	
Złamania kości nosa	4%	
Złamanie żebra	za każde 2%, maksymalnie – 10%	
Złamanie mostka	3%	
Złamanie łopatki, obojczyka	5%	4%
Złamanie kości ramiennej	10%	8%
Złamania w obrębie kości przedramienia	6%	5%
Złamania w obrębie nadgarstka i śródręcza	6%	5%
Złamania paliczków kciuka i palca II	3%	2%
Złamania w obrębie paliczków palców III–V (za każdy palec)	2%	1%
Złamania miednicy niestabilne	15%	
Złamania miednicy stabilne	6%	
Złamania kości udowej	15%	
Złamania kości podudzia (piszczelowej lub piszczelowej i strzałkowej)	12%	
Złamania kości strzałkowej	3%	
Złamania kości rzepki	5%	
Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego	5%	
Złamania w obrębie stopy (z wyłączeniem kości palców)	3%	
Złamania w obrębie palucha	2%	
Złamania w obrębie palców stopy (za każdy palec)	1%	
Złamania trzonów kręgów, bez objawów neurologicznych (za każdy)	7%	
Złamania kręgosłupa – łuków, wyrostków poprzecznych, kolczystych (za każdy)	2%	
Złamania w obrębie kości ogonowej	5%	
URAZ MÓZGU		
Wstrząśnienie mózgu z potwierdzoną niepamięcią lub utratą przytomności, bez hospitalizacji	1%	
Wstrząśnienie mózgu - hospitalizacja 1-2 dni	2%	
Wstrząśnienie mózgu - hospitalizacja powyżej 2 dni	4%	
Stłuczenie mózgu	10%	
OPARZENIA, ODMROŻENIA		
Oparzenie II° 1-2% powierzchni ciała (TBSA)	1%	
Oparzenie II° 3-14% powierzchni ciała (TBSA)	5%	
Oparzenie II° 15-30% powierzchni ciała (TBSA)	10%	

Oparzenie II° powyżej 30% powierzchni ciała (TBSA)	20%
Oparzenie III° 1-2% powierzchni ciała (TBSA)	2%
Oparzenie III° 3-10% powierzchni ciała (TBSA)	6%
Oparzenie III° 11-30% powierzchni ciała (TBSA)	15%
Oparzenie III° powyżej 30% powierzchni ciała (TBSA)	25%
Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	25%
Odmrożenie II - III° jednego palca ręki lub stopy	1%
Odmrożenie II - III° więcej niż jednego palca ręki lub stopy	3%
Odmrożenie II - III° nosa lub małżowiny usznej	3%

3.2. W razie wystąpienia wskutek nieszczęśliwego wypadku urazu nieuwzględnionego w powyższej Tabeli, Compensa dokona oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek doznanego urazu zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu.

3.3. Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych, wskaźnik procentowy urazu ustala się przyjmując dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla lewej ręki, a dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla prawej ręki.

3.4. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio.

4. **Zwrot udokumentowanych kosztów nabycia środków pomocniczych**

Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, pod warunkiem, że zakup tych środków był niezbędny z medycznego punktu widzenia, zalecony przez lekarza oraz związany z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, a koszty ich nabycia nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu oraz zostały poniesione wyłącznie na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od wypadku.

Zwrot udokumentowanych kosztów nabycia środków pomocniczych następuje do wysokości 30% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności, nie więcej jednak niż do 10.000 zł.

5. **Zwrot udokumentowanych kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów**

Zwrot kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów następuje pod warunkiem przedstawienia orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w zawodzie i celowości przeszkolenia zawodowego wydanego przez lekarza orzecznika ZUS. Za całkowitą niezdolność do pracy uważa się niezdolność do pracy zgodnej z kwalifikacjami i wykonywanym w chwili wypadku zawodem. Zwrot kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, pod warunkiem, że zostały one poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od wypadku.

Zwrot kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów następuje do wysokości 30% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności, nie więcej jednak niż do 10.000 zł.

6. **Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę**

Zadośćuczynienie za doznaną krzywdę wypłacane jest ubezpieczonemu, który na skutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości powyżej 15% i otrzymał z tego tytułu należne świadczenie. Zadośćuczynienie wypłacane jest w formie jednorazowego świadczenia, w wysokości 5% wypłaconego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

7. **Koszty nabycia wózka inwalidzkiego**

Compensa zwróci ubezpieczonemu koszty nabycia wózka inwalidzkiego, jeżeli jego zakup był niezbędny z medycznego punktu widzenia, zalecony przez lekarza oraz związany z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, a koszty jego nabycia nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu oraz zostały poniesione wyłącznie na terytorium RP. Koszty zwracane są na podstawie rachunków, bądź faktur.

Koszty zwracane są do wysokości 10 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie odpowiedzialności.

Zwrot kosztów następuje pod warunkiem, że nie zostały one zrefundowane przez NFZ, ani z żadnego innego tytułu. W przypadku częściowej refundacji zakupu wózka inwalidzkiego, Compensa pokryje wyłącznie te koszty które nie zostały zrefundowane przez NFZ, ani z żadnego innego tytułu.

8. **Zwrot kosztów dostosowania samochodu, wnętrza mieszkania lub domu mieszkalnego do potrzeb osoby niepełnosprawnej**

Compensa zwróci ubezpieczonemu koszty dostosowania samochodu, wnętrza mieszkania lub domu mieszkalnego wynikające z konieczności dostosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Koszty zwracane są na podstawie rachunków, bądź faktur pod warunkiem, że ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Zwrot dotyczy kosztów przebudowy łazienki lub kuchni, poszerzenia drzwi do mieszkania lub domu mieszkalnego oraz usunięcia progów w drzwiach i zamontowania uchwytów pomocniczych. W przypadku dostosowania samochodu, Compensa zwróci ubezpieczonemu koszt montażu jego usprawnień i adaptacji technicznej.

Koszty te zwracane są jeżeli:

a) są one związane z trwałą niepełnosprawnością ubezpieczonego, którą orzekł lekarz orzecznik ZUS, do której doszło w wyniku trwałego uszczerbku na zdrowiu;

b) nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu (jako dofinansowanie);

c) zostały poniesione wyłącznie w Polsce.

Zwrot kosztów dostosowania samochodu, wnętrza mieszkania lub domu mieszkalnego do potrzeb osoby niepełnosprawne następuje do wysokości 15.000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności.

9. **Zwrot kosztów wynajmu pokoju w akademiku lub mieszkania/pokoju**

Compensa pokryje ubezpieczonemu koszty wynajmu pokoju w akademiku lub mieszkania/pokoju od osoby prywatnej, instytucji, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony będzie czasowo niezdolny do pracy.

Koszty zostaną pokryte maksymalnie za okres 90 dni, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek spowodował niezdolność do pracy ubezpieczonego potwierdzoną zwolnieniem lekarskim, nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. Koszty wynajmu pokoju w akademiku lub mieszkania/pokoju zwracane są do limitu wskazanego w dokumencie ubezpieczenia na podstawie umowy najmu i ewentualnych rachunków za media, pod warunkiem, że ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Koszty pokrywane są za każdy miesiąc, w którym ubezpieczony przebywał na zwolnieniu, a data płatności za wynajem przypadała w okresie niezdolności do pracy.

W przypadku wynajmu mieszkania z innymi osobami, Compensa pokryje wyłącznie koszty ponoszone przez ubezpieczonego.

10. **Zwrot kosztów karnetu na siłownię lub basen**

Compensa pokryje ubezpieczonemu koszty karnetu na siłownię lub basen pod warunkiem, że wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim przez okres co najmniej 30 dni i nie korzystał z obiektu sportowego w ramach zawartej umowy.

Koszty zwracane są proporcjonalnie za niewykorzystany okres obowiązywania karnetu, nie dłużej jednak niż za okres 11 miesięcy oraz pod warunkiem, że ubezpieczony nie może zawiesić karnetu, ani wypowiedzieć umowy zawartej z usługodawcą.

Koszty zwracane są do wysokości poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż 300 zł za miesiąc i nie dłużej niż do zakończenia leczenia. Koszty zwracane są na podstawie dokumentacji medycznej z przebytego leczenia oraz zawartej umowy z usługodawcą wraz z potwierdzeniem opłaty.

11. Jeżeli łączna wysokość świadczeń z Klauzuli nr 2 przekracza sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków za to samo zdarzenie, w pierwszej kolejności wypłacane jest świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

12. Świadczenia z Klauzuli nr 2 wypłacane są według kolejności zgłaszania roszczeń, a zwrot kosztów realizowany jest w kolejności wpływu do Compensy dokumentów potwierdzających ich poniesienie.

Klauzula nr 3
Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa pokrywa udokumentowane koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową.

Suma ubezpieczenia

2. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.

3. Suma ubezpieczenia dotyczy każdego ubezpieczonego.

4. W przypadku wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie z tego tytułu.

5. Podlimit związany z kosztami odbudowy stomatologicznej zębów uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 2.000 zł za jeden ząb.

6. Podlimit związany z kosztami badań diagnostycznych, zabiegami endoskopowymi i kosztami leczenia usprawniającego (rehabilitacji) w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 50% wskazanej w umowie sumy ubezpieczenia kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania lub świadczenia z tytułu zwrotu kosztów leczenia dokonywane jest na podstawie następujących dowodów i dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego lub osobę upoważnioną do otrzymania świadczenia z tego tytułu:

   1) dowodu potwierdzającego konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, zawierającego rozpoznanie (diagnozę lekarską);

   2) oryginalnych rachunków oraz dowodów wniesienia opłat za hospitalizację, udzieloną pomoc medyczną, transport sanitarny oraz za zakupione lekarstwa, środki opatrunkowe i pomocnicze lub leczenie usprawniające,

3) w przypadku rehabilitacji szczegółowej specyfikacji przeprowadzonych zabiegów,

4) oryginalnych dowodów opłat potwierdzających inne wydatki objęte ubezpieczeniem.

8. Dokumenty stanowiące dowód poniesionych wydatków w związku z udzieleniem ubezpieczonemu pomocy medycznej powinny zawierać następujące informacje:

1) imię i nazwisko ubezpieczonego;

2) dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy (za placówkę taką uznaje się również aptekę);

3) podpis lekarza lub osoby uprawnionej do reprezentowania placówki medycznej.

9. Zwrot udokumentowanych kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dokonywany jest przez Compensę, jeżeli koszty te nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu, leczenie było niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz pod warunkiem, że zostały one poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zdarzenia.

10. Świadczenie z tytułu pokrycia kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wypłacane jest pod warunkiem istnienia odpowiedzialności z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Klauzula nr 4
Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy (w tym stażu) i/lub nauki

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wykonywania pracy (w tym stażu) i/lub nauki.
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest ubezpieczonemu za udokumentowany okres niezdolności do pracy i/lub nauki w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.

Suma ubezpieczenia

3. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do pracy, nauki wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
4. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do pracy, nauki ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

5. Jeżeli ubezpieczony wykonuje czynności wskazane w umowie ubezpieczenia w okresie, za który ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy, nauki lub gdy wykorzystuje zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia, ubezpieczony traci prawo do tego świadczenia.
6. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy, nauki wypłacany jest pod warunkiem, że za ten okres nie przysługuje zasiłek z tytułu pobytu w szpitalu, zgodnie z Klauzulą nr 5.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Ustalenie zasadności i wysokości zasiłku dziennego odbywa się na podstawie dowodu potwierdzającego niezdolność do pracy, nauki w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, zawierającego diagnozę lekarską oraz określającego czas faktycznej niezdolności do pracy, nauki. Dowód taki stanowi w szczególności zaświadczenie lekarskie oraz kopia zwolnienia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do pracy/nauki wraz z oświadczeniem pracodawcy lub uczelni potwierdzającym nieobecność ubezpieczonego w pracy/ na zajęciach.
8. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy, nauki wypłacany jest od 14. dnia leczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, nauki, z zastrzeżeniem ust. 10.
9. W razie leczenia szpitalnego, zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy, nauki wypłacany jest od dnia zakończenia pobytu w szpitalu, nie wcześniej jednak niż od 14. dnia leczenia.
10. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy, nauki będącej następstwem jednego zdarzenia wypłacany jest za okres nie dłuższy niż 90 dni.
11. Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dzienny za każdy okres niezdolności do pracy, nauki przypadający w okresie ubezpieczenia, aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej Klauzuli.

Klauzula nr 5
Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest ubezpieczonemu za udokumentowany okres pobytu w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.

Suma ubezpieczenia

3. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu pobytu w szpitalu wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
4. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu pobytu w szpitalu ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.

Ustalenie wysokości świadczenia

5. Ustalenie zasadności i wysokości zasiłku dziennego odbywa się na podstawie dowodu potwierdzającego konieczność poddania się leczeniu szpitalnemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, zawierającego diagnozę lekarską oraz określającego czas faktycznej hospitalizacji. Dowód taki sta-

nowi w szczególności karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

6. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu wypłacany jest w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 9.
7. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu wypłacany jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.
8. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu może być wypłacony za więcej niż jeden pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że każdy z tych pobytów był skutkiem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową i trwał co najmniej 24 godziny, aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu.
9. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku wypłacany jest za okres nie dłuższy niż 180 dni.

Klauzula nr 6
Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby.
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest ubezpieczonemu za udokumentowany okres pobytu w szpitalu w związku z chorobą.

Suma ubezpieczenia

3. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu pobytu w szpitalu wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
4. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu pobytu w szpitalu ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

5. Z ochrony wyłączone jest świadczenie za pobyt w szpitalu w wyniku choroby, jeśli pobyt w szpitalu nastąpił:
   1) wskutek chorób istniejących przed początkiem odpowiedzialności bądź obrażeniami ciała doznanymi przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
   2) wskutek choroby przewlekłej, leczonej lub zdiagnozowanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
   3) wskutek choroby związanej z nadużywaniem alkoholu;
   4) w związku z połogiem, porodem, patologią ciąży lub usuwaniem ciąży;
   5) wskutek zachorowania na AIDS lub zakażenia HIV;
   6) w wyniku wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
   7) w związku z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania lub w wyniku schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u ubezpieczonego;
   8) w związku z diagnostyką lub badaniami, które nie wynikają z zachorowania;
   9) w związku z pobraniem lub przeszczepem narządów;
   10) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
   11) w związku z dyskopatią i chorobą zwyrodnieniowo-przeciążeniową w zakresie kręgosłupa;
6. Ochrona ubezpieczenia nie obejmuje świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, jeśli pobyt w szpitalu dotyczył operacji plastycznych lub kosmetycznych, chyba że operacja plastyczna związana była z nieszczęśliwym wypadkiem objętvm ochroną i zalecona jako niezbędna część procesu leczenia
7. Jeżeli ubezpieczony będzie przebywał na przepustce, za ten okres nie przysługuje świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Ustalenie zasadności i wysokości zasiłku dziennego odbywa się na podstawie dowodu potwierdzającego konieczność poddania się leczeniu szpitalnemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, zawierającego diagnozę lekarską oraz określającego czas faktycznej hospitalizacji. Dowód taki stanowi w szczególności karta informacyjna z leczenia szpitalnego.
8. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu wypłacany jest w wysokości 1% sumy ubezpieczenia wskazanej dla tego świadczenia, jeżeli ubezpieczony został skierowany na leczenie do szpitala w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.
9. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu wypłacany jest:
   1) od 5. dnia pobytu w szpitalu, w przypadku pierwszego pobytu wskutek zdiagnozowanej choroby,
   2) od 1. dnia pobytu w szpitalu – w przypadku pobytu w szpitalu po raz drugi lub kolejny raz w związku z tą samą chorobą.
10. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu na skutek choroby może być wypłacony za więcej niż jeden pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że każdy z tych pobytów był związany z chorobą objętą ochroną ubezpieczeniową, aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu.
11. Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie choroby wypłacany jest za okres nie dłuższy niż 90 dni.

Klauzula nr 7
Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat.

1. Na podstawie tej klauzuli Compensa odpowiada za śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat.
2. W rozumieniu niniejszej Klauzuli, za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się śmierci w wyniku udaru mózgu, zawału serca.

Suma ubezpieczenia

3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat wynosi 3 000 zł.
4. Po wypłacie świadczenia suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej Klauzuli wyczerpuje się.

Ustalenie wysokości świadczenia

5. Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat wypłacane jest ubezpieczonemu w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Świadczenie wypłacane jest ubezpieczonemu pod warunkiem, że śmierć przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego w wieku do 26 lat nastąpiła nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie wypłacane jest ubezpieczonemu lub osobie sprawującej nadzór nad ubezpieczonym na podstawie odpisu aktu zgonu, kopii karty zgonu z rozpoznaniem przyczyny zgonu albo kopii innego dokumentu, w którym lekarz lub uprawniony podmiot stwierdzają przyczynę zgonu .

Klauzula nr 8
Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o wypłatę dodatkowego, jednorazowego, ryczałtowego świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłacane jest pod warunkiem, że pierwsze jego objawy wystąpiły w okresie odpowiedzialności Compensy oraz że poważne zachorowanie zostało zdiagnozowane w tym okresie.

Suma ubezpieczenia

4. Suma ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczonego wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy i dotyczy każdego ubezpieczonego.

Wyłączenia odpowiedzialności

6. Compensa nie odpowiada za poważne zachorowania, które są następstwem:
   1) nadużywania alkoholu, leków lub innych środków, które działają na centralny ośrodek nerwowy;
   2) wad i chorób wrodzonych;
   3) zakażenia HIV lub zachorowania na AIDS;
   4) poddania się eksperymentom lub zabiegom medycznym poza kontrolą lekarza oraz nieprzestrzegania zaleceń medycznych.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od liczby zdarzeń ubezpieczeniowych. Po wypłacie świadczenia suma ubezpieczenia wyczerpuje się.
8. Odpowiedzialność Compensy z tytułu poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi 60 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Karencji nie stosuje się w razie kontynuacji ubezpieczenia, przy czym za kontynuację ubezpieczenia uważa się zawarcie umowy ubezpieczenia obejmującej niniejszą Klauzulę na kolejny okres ubezpieczenia, z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej, potwierdzającej, że poważne zachorowanie zostało rozpoznane u ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.

Klauzula nr 9
Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o wypłatę dodatkowego, jednorazowego, świadczenia z tytułu zadośćuczynienia za ból doznany przez ubezpieczonego wskutek wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Zadośćuczynienie za ból wypłacane jest ubezpieczonemu pod warunkiem, że ubezpieczony wskutek wypadku wymagał hospitalizacji i przebywał w szpitalu co najmniej 24 godziny.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli nieszczęśliwy wypadek to nagłe zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Compensy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, wbrew swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia nie powodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się udaru mózg oraz zawału serca.

4. Zadośćuczynienie za ból wypłacane jest ubezpieczonemu pod warunkiem, że ubezpieczony wskutek wypadku wymagał hospitalizacji i przebywał w szpitalu co najmniej 24 godziny.

Suma ubezpieczenia

5. Suma ubezpieczenia z tytułu zadośćuczynienia za ból doznany przez ubezpieczonego wskutek wypadku wynosi 2% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Suma ubezpieczenia jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Compensy. Po wypłacie świadczenia z tytułu zadośćuczynienia za ból doznany przez ubezpieczonego wskutek wypadku suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej Klauzuli wyczerpuje się.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Ustalenie zasadności wypłaty z tytułu zadośćuczynienia za ból odbywa się na podstawie dowodu potwierdzającego konieczność poddania się leczeniu szpitalnemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, zawierającego diagnozę lekarską oraz określającego czas faktycznej hospitalizacji. Dowód taki stanowi w szczególności karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

Klauzula nr 10
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym

1. Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia rozszerza się o odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna deliktowa za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego oraz osoby, za które ponosi odpowiedzialność za szkody w okresie ubezpieczenia w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego na terenie całego świata.
3. Compensa odpowiada za szkody w mieniu i szkody na osobie wyrządzone osobom trzecim.
4. Poza wypłatą należnego odszkodowania, w granicach sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie, Compensa pokrywa także:
   1) uzasadnione i niezbędne koszty działań mających na celu zmniejszenie szkody lub zapobieżenie jej zwiększeniu, chociażby okazały się bezskuteczne;
   2) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych w uzgodnieniu z Compensą dla ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
   3) niezbędne koszty obrony sądowej w procesie prowadzonym na polecenie lub za zgodą Compensy.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje szkód wyrządzonych w związku z amatorskim uprawianiem sportów zimowych, wyczynowym uprawianiem sportów, uprawianiem sportów ekstremalnych lub sportów wysokiego ryzyka.
6. Świadczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej wypłacane jest do wysokości sumy gwarancyjnej, o której mowa w ust. 7.

Suma gwarancyjna

7. Suma gwarancyjna z tytułu odpowiedzialności cywilnej wynosi, w zależności od wyboru ubezpieczającego, 50 000 zł albo 100 000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia objęte ubezpieczeniem.
8. Suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 1, ulega zmniejszeniu o każdą kwotę wypłaconego świadczenia lub odszkodowania, którą ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić poszkodowanemu.
9. Koszty, o których mowa w ust. 4 są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej.

Wyłączenia odpowiedzialności

10. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
    1) wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa;
    2) wyrządzone pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, chyba że użycie alkoholu, zażycie narkotyków, leków psychotropowych lub innych podobnie działających środków nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
    3) wyrządzone osobom bliskim;
    4) wynikające z wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej;
    5) wyrządzone w związku z eksploatacją, użytkowaniem, posiadaniem pojazdów mechanicznych, statków powietrznych i pływających;
    6) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych – również w sytuacji, gdy ubezpieczony nie wykonał obowiązku ubezpieczenia;
    7) powstałe wskutek naruszenia przez ubezpieczonego lub za które ponosi odpowiedzialność, czyichś dóbr osobistych lub praw na dobrach niematerialnych w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego;
    8) polegające na zapłacie wszelkiego rodzaju kar pieniężnych, grzywien sądowych lub administracyjnych, należności umownych (w tym zadatków i odszkodowań z tytułu odstąpienia od umowy) oraz należności publicznoprawnych;
    9) polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie wartości pieniężnych, papierów wartościowych, dokumentów, nośników danych, planów, biżuterii, metali szlachetnych, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki, a także wszelkich kart płatniczych wydawanych przez banki;
    10) w ruchomościach, z których ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania lub innej umowy cywilnoprawnej;
    11) wynikające z przeniesienia chorób zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką ubezpieczonego zwierząt domowych - chorób zakaźnych;

11) wynikłe z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach;

12) będące następstwem robót budowlanych, pod pojęciem których rozumie się prowadzenie robót budowlanych polegających na przebudowie, rozbudowie, nadbudowie lub remoncie budynku mieszkalnego lub stałych elementów wnętrz, wymagających pozwolenia na budowę w rozumieniu prawa budowlanego względnie zgłoszenia właściwemu organowi;

13) wyrządzone w środowisku naturalnym, powstałe bezpośrednio lub pośrednio w wyniku emisji, wycieku, uwolnienia lub innej formy przedostania się do powietrza, gruntu i wody, jakichkolwiek substancji niebezpiecznych.

Klauzula nr 11
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z uczestnictwem ubezpieczonego w praktykach zawodowych, stażach, kursach lub szkoleniach zawodowych

1. Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia rozszerza się o odpowiedzialność cywilną związku z uczestnictwem ubezpieczonego w praktykach zawodowych, stażach, kursach i/lub szkoleniach zawodowych, w tym również podczas praktyk medycznych.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest ustawowa odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego (z tytułu czynu niedozwolonego lub z tytułu nienależytego wykonania zobowiązania) za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone z winy nieumyślnej bądź wskutek rażącego niedbalstwa osobom trzecim w związku z uczestnictwem ubezpieczonego w praktykach zawodowych, stażach, kursach i/lub szkoleniach zawodowych.
3. Na potrzeby niniejszej klauzuli przyjmuje się, że pracodawca lub podmiot prowadzący kursy i/lub szkolenia zawodowe uważany jest za osobę trzecią.
4. Ubezpieczeniem objęta jest także odpowiedzialność ubezpieczonego za szkody rzeczowe w mieniu powierzonym celem odbycia praktyk, stażów i/lub szkolenia.
5. Roszczenia z tytułu utraconych korzyści lub inne straty wynikające z wypadku objęte są ochroną ubezpieczeniową, o ile szkoda osobowa lub rzeczowa, której są konsekwencją, jest objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU.
6. Ubezpieczenie obejmuje wypadki ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia, jednakże odpowiedzialność Compensy istnieje w sytuacji, gdy roszczenia z ich tytułu zostaną zgłoszone przed upływem terminu przedawnienia.
7. Wszystkie szkody wynikające z tej samej przyczyny, np. będące wynikiem tego samego błędu projektowego, konstrukcyjnego, produkcyjnego, informacyjnego lub w razie dostawy produktów posiadających tę samą wadę (szkoda seryjna), niezależnie od terminu ich wystąpienia, traktuje się jako jeden wypadek ubezpieczeniowy, a za datę jego wystąpienia przyjmuje się, dla celów ustalenia odpowiedzialności Compensy, datę powstania pierwszej z nich.
8. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z danej serii, pod warunkiem, że pierwsza z nich wystąpiła w okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z danej serii, nawet jeśli wystąpiły po upływie okresu ubezpieczenia.
9. W razie wątpliwości co do momentu powstania szkody osobowej, przyjmuje się, że jest to dzień, w którym poszkodowany po raz pierwszy skonsultował się z lekarzem w związku z objawami, które były przedmiotem roszczenia.
10. Zakres terytorialny ubezpieczenia świadczonego na podstawie niniejszej Klauzuli obejmuje wszystkie kraje świata, z wyłączeniem USA i Kanady oraz ich terytoriów zależnych.
11. Poza wypłatą należnego odszkodowania, w granicach sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie, Compensa pokrywa także:
    a) uzasadnione i niezbędne koszty działań mających na celu zmniejszenie szkody lub zapobieżenie jej zwiększeniu, chociażby okazały się bezskuteczne;
    b) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych w uzgodnieniu z Compensą dla ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody;
    c) niezbędne koszty obrony sądowej w procesie prowadzonym na polecenie lub za zgodą Compensy.

Suma gwarancyjna

12. Suma gwarancyjna z tytułu odpowiedzialności cywilnej wynosi, w zależności od wyboru ubezpieczającego 10.000 zł, 25.000 zł, 50 000 zł albo 100 000 zł.
13. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Compensy w odniesieniu do jednego i wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia, łącznie dla wszystkich szkód oraz kosztów wypłacanych w jej ramach.
14. Suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 12, ulega zmniejszeniu o każdą kwotę wypłaconego świadczenia lub odszkodowania, którą ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić poszkodowanemu.
15. Koszty, o których mowa w ust. 11 są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej.

Franszyza redukcyjna/udział własny

16. Wysokość franszyzy redukcyjnej/udziału własnego wynosi 500 zł.
17. Franszyza redukcyjna/udział własny pomniejsza każdorazowo wypłacone odszkodowanie.

Compensa nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

18. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

1) wyrządzone umyślnie;
2) wyrządzone pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, chyba że użycie alkoholu, zażycie narkotyków, leków psychotropowych lub innych podobnie działających środków nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
3) wyrządzone osobom bliskim
4) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych – również w sytuacji, gdy ubezpieczony nie wykonał obowiązku ubezpieczenia;
5) powstałe wskutek naruszenia przez ubezpieczonego czyichś dóbr osobistych lub praw na dobrach niematerialnych polegające na zapłacie wszelkiego rodzaju kar pieniężnych, grzywien sądowych lub administracyjnych, należności umownych (w tym zadatków i odszkodowań z tytułu odstąpienia od umowy) oraz należności publicznoprawnych;
6) polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie wartości pieniężnych, papierów wartościowych, dokumentów, nośników danych, planów, biżuterii, metali szlachetnych, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki, a także wszelkich kart płatniczych wydawanych przez banki;
7) wynikające z przeniesienia chorób zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką ubezpieczonego zwierząt domowych - chorób zakaźnych;
8) wyrządzone w środowisku naturalnym, powstałe bezpośrednio lub pośrednio w wyniku emisji, wycieku, uwolnienia lub innej formy przedostania się do powietrza, gruntu i wody, jakichkolwiek substancji niebezpiecznych;
9) wynikające z wprowadzającej w błąd reklamy lub ogłoszenia;
10) wyrządzone przez wszelkiego rodzaju wirusy komputerowe lub innego rodzaju programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu lub urządzenia elektronicznego;
11) wyrządzone w przedmiotach posiadających wartość naukową, artystyczną, zabytkową, kolekcjonerską;
12) będące następstwem zwykłego zużycia lub używania rzeczy niezgodnie z jej przeznaczeniem bądź instrukcją producenta;
13) w wyrobach ze szkła, terakoty, ceramiki lub tworzyw sztucznych;
14) w pojazdach, motocyklach lub ich wyposażeniu, a także w rzeczach w nich pozostawionych;
15) w rzeczach ruchomych znajdujących się w pieczy ubezpieczonego, pod jego dozorem lub kontrolą, które wystąpiły na skutek uszkodzenia tego mienia, zniszczenia oraz utraty wynikającej z kradzieży z włamaniem lub rozboju;
16) wyrządzone przez ubezpieczonego pozbawionego prawa wykonywania zawodu lub czynności zawodowych albo zawieszonego w prawie wykonywania zawodu;
17) powstałe w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności o charakterze administracyjnym;
18) wynikłe z czynności zawodowych dokonanych lub zaniechanych przed datą początkową;
19) wyrządzone personelowi tej samej jednostki organizacyjnej albo osobom wykonującym w tej jednostce czynności zawodowe lub badania naukowe, choćby nie stanowili jej personelu;
20) wyrządzone przez ubezpieczonego własnemu pracodawcy;
21) wynikłe wskutek niedotrzymania ustalonych terminów świadczeń medycznych;
22) powstałe w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego;
23) wynikłe z nieosiągnięcia określonego rezultatu zabiegu lub leczenia, chyba że wynika to z charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez ubezpieczonego;
24) wynikłe z zastosowania eksperymentalnych metod leczniczych lub rehabilitacyjnych bez zgody pacjenta (lub innej osoby upoważnionej do wyrażenia jej zamiast pacjenta) albo wymaganych zatwierdzeń projektu eksperymentu;
25) wyrządzone zabiegami chirurgii plastycznej oraz zabiegami kosmetycznymi, chyba że służą usunięciu miejscowego stanu chorobowego albo skutków urazów wypadkowych.

19. W przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o szkody nie będące następstwem szkody rzeczowej ani osobowej (czyste szkody majątkowe) ubezpieczenie nie obejmuje także odpowiedzialności za szkody:
    1) wynikające z odpowiedzialności za produkt i wykonane usługi;
    2) spowodowane przez stałe emisje (np. szumy, zapachy, wstrząsy);
    3) spowodowane w związku z działalnością w zakresie projektowania, doradztwa, kierowania budową lub montażem, polegającą w szczególności na kontroli lub opiniowaniu;
    4) wynikające z działań związanych z transakcjami finansowymi, kredytowymi, ubezpieczeniowymi, leasingowy-mi, w obrocie nieruchomościami;
    5) wynikające z prowadzenia kasy i wszelkiego rodzaju płatności, nadużycia zaufania oraz sprzeniewierzenia;
    6) powstałe w wyniku utraty pieniędzy, książeczek oszczędnościowych, dokumentów i papierów wartościowych;
    7) wynikające z niedotrzymania terminów, kosztorysów wstępnych i innych kosztorysów;
    8) wynikające z błędów w oprogramowaniu, błędnej instalacji oprogramowania, racjonalizacji, automatyzacji;
    9) wynikające z naruszenia praw autorskich i licencyjnych, prawa własności przemysłowej, prawa o nieuczciwej konkurencji, prawa antymonopolowego;

10) wynikające z działalności reklamowej;
11) związane ze stosunkiem pracy lub zatrudnieniem na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym z naruszeniem praw pracowniczych;
12) powstałe w związku ze sprawowaniem funkcji członka władz spółki kapitałowej;
13) powstałe w związku z pośrednictwem i organizowaniem podróży i turystyki;
14) związane z niedostarczeniem energii;
15) związane z koniecznością zapłaty kar umownych i innych;
16) powstałe w wyniku udzielanych porad, zaleceń lub instrukcji powiązanym kapitałowo podmiotom, a także w rezultacie dokonania błędnych czynności kontrolnych bądź niedokonania czynności kontrolnych w odniesieniu do tych podmiotów.

Klauzula nr 12
Ubezpieczenie kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz świadczenie z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa pokrywa udokumentowane koszty leczenia powstałe wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz jednorazowe świadczenie w przypadku trwałego zakażenia się wirusem HIV lub HBV, HCV, HDV.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) zwrot kosztów konsultacji lekarskich i badań na obecność wirusów HIV, HBV, HCV, HDV.
   b) zwrot kosztów kuracji antyretrowirusowej,
   c) jednorazowe świadczenie w przypadku trwałego zakażenia się wirusem HIV lub HBV, HCV, HDV.

Definicje

3. Użyte w niniejszej Klauzuli określenia mają następujące znaczenie:
   1) **ekspozycja zawodowa na materiał zakaźny** – narażenie się przez ubezpieczonego na zakażenie wirusowe podczas kwalifikacji do wykonywania zawodu medycznego w następstwie bezpośredniego kontaktu z potencjalnie zainfekowaną krwią lub IPIM, w wyniku zakłucia, zachlapania, zadraśnięcia, rozcięcia, zadrapania, pogryzienia przez pacjenta;
   2) **IPIM** – inny niż krew potencjalnie infekcyjny materiał: nasienie, wydzielina z pochwy, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn opłucnowy, maź stawowa, płyn osierdziowy, płyn otrzewnowy, płyn owodniowy, mleko kobiece, ślina, inny płyn ciała, który jest skażony krwią oraz inny płyn ustrojowy, w sytuacji gdy ich rozróżnienie jest trudne lub niemożliwe, oderwana tkanka, narząd człowieka żywego lub martwego, komórki lub hodowla tkankowa zawierające HIV, HBV, HCV, HDV oraz płyny zawierające wirusy;
   3) **leczenie powstałe wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny**:
      a) przeprowadzenie konsultacji lekarskich i wykonanie badań na obecność wirusów: HIV (ludzki wirus niedoboru odporności), HBV (wirus zapalenia wątroby typu B), HCV (wirus zapalenia wątroby typu C), i HDV (wirus zapalenia wątroby typu D),
      b) zastosowanie kuracji antyretrowirusowej, w tym zakup leków antyretrowirusowych, jeżeli konieczność przeprowadzenia powyższych konsultacji, badań lub kuracji powstała wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny.
   4) **zakażenie wirusowe po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – zakażenie po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wirusem: HIV (ludzki wirus niedoboru odporności), HBV (wirus zapalenia wątroby typu B), HCV (wirus zapalenia wątroby typu C) i HDV (wirus zapalenia wątroby typu D) lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wirusem HIV;

Suma ubezpieczenia

4. Suma ubezpieczenia z tytułu kosztów leczenia wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny oraz świadczenia z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
5. Suma ubezpieczenia dotyczy każdego ubezpieczonego.
6. W przypadku wypłaty odszkodowania z tytułu kosztów leczenia wskutek ekspozycji zawodowej, suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie z tego tytułu.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Koszty leczenia powstałe wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny zwracane są pod warunkiem, że:
   a) powstały po ekspozycji, do której doszło podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu w czasie zdobywania – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia – kwalifikacji do wykonywania zawodu medycznego,
   b) zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty ekspozycji.
8. Ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania lub świadczenia z tytułu zwrotu powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny dokonywane jest na podstawie następujących dowodów i dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego:
   1) dowodu potwierdzającego konieczność poddania się leczeniu w związku z ekspozycją zawodową na materiał zakaźny (protokół okoliczności zdarzenia),

2) rachunków oraz dowodów wniesienia opłat leczenie.

9. Zwrot powyższych kosztów następuje do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia.
10. W przypadku wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, Compensa wypłaci świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że zakażenie nastąpiło nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ekspozycji zawodowej.
11. Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny pomimo przejścia kuracji profilaktyki lekowej po ekspozycji wypłacane jest, gdy do zakażenia wirusem doszło po ekspozycji mającej miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu oraz pod warunkiem, że zakażenie nastąpiło nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ekspozycji zawodowej.
12. Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wypłacane jest w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, bez względu na rodzaj i liczbę zdiagnozowanych wirusów HBV, HCV, HDV i HIV.

Klauzula nr 13
Świadczenie z tytułu zwrotów kosztów czesnego oraz kursów i szkoleń w związku z brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach w wyniku NW

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa pokrywa udokumentowane koszty czesnego i/lub ewentualne koszty kursów i szkoleń w związku z brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach w wyniku NW.
2. Compensa zwróci ubezpieczonemu koszty czesnego maksymalnie za 2 semestry, jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony nie mógł brać udziału w zajęciach ani stacjonarnie, ani zdalnie, co skutkowało niezaliczeniem semestru oraz pod warunkiem, że z wyniku nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez minimum 7 dni.
3. Compensa zwróci ubezpieczonemu koszty kursów, szkoleń, jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony nie mógł brać udziału w zajęciach ani stacjonarnie, ani zdalnie oraz pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego.
4. Compensa zwróci ubezpieczonemu koszty czesnego i/lub ewentualnie koszty kursów i szkoleń, jeżeli powstały one przed wypadkiem objętym ochroną.

Suma ubezpieczenia

5. Suma ubezpieczenia z tytułu zwrotów kosztów czesnego oraz kursów i szkoleń w związku z brakiem możliwości uczestnictwa w zajęciach w wyniku NW wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
6. Suma ubezpieczenia tytułu zwrotów kosztów czesnego, kursów i szkoleń ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.

Ustalenie wysokości świadczenia

7. Koszty zwracane są na podstawie:
   1) dokumentacji medycznej, w tym zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okres niezdolności do udziału w zajęciach, oraz
   2) zaświadczenia z uczelni lub od organizatora kursu, szkolenia potwierdzającego nieobecność ubezpieczonego w zajęciach i brak zaliczenia semestru, oraz
   3) potwierdzenia opłaty czesnego przez ubezpieczonego i/lub potwierdzenia poniesionych kosztów kursów, szkoleń.
8. Koszty te zwracane są do wysokości sumy wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula nr 14
Usługi Assistance

1. Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia rozszerza się na podstawie niniejszej Klauzuli o organizację i udzielenie pomocy assistance.
2. Zakres terytorialny ubezpieczenia świadczonego na podstawie niniejszej Klauzuli obejmuje zdarzenia powstałe na terytorium RP.

Definicje

3. Przez użyte w niniejszej Klauzuli pojęcia rozumie się:
   1) **24h Centrum Operacyjne** – jednostka organizacyjna, która świadczy na rzecz ubezpieczonego usługi assistance;
   2) **placówka medyczna** – działający na terytorium RP podmiot leczniczy, grupowa praktyka położnych lub pielęgniarek, grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, należąca do sieci medycznej;
   3) **sieć medyczna** – wszystkie placówki medyczne, w których ubezpieczony może bezgotówkowo skorzystać z usług medycznych, które są objęte zakresem programu opieki medycznej;
   4) **usługi assistance** – usługi informacyjne i medyczne wymienione w ust. 5 świadczone na terytorium RP ubezpieczonemu, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi.

Zakres ubezpieczenia

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację oraz pokrycie niezbędnych kosztów wykonanych usług assistance wymienionych w ust. 5.
5. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące usługi:

24H CENTRUM OPERACYJNE
24 Centrum Operacyjne
Zgłoszenie odbywa się za pośrednictwem 24h Centrum Operacyjnego pod wskazanymi numerami telefonów. Ubezpieczony jest w stałym kontakcie z konsultantem, który niezwłocznie po zgłoszeniu organizuje stacjonarną lub wyjazdową pomoc medyczną oraz niezbędne badania diagnostyczne.
indywidualny opiekun medyczny
podstawowe porady medyczne
koordynacja leczenia na terytorium RP
Informacja medyczna
24h Centrum Operacyjne umożliwia Ubezpieczonemu uzyskanie dodatkowych informacji o:
czynnych całą dobę: przychodniach, szpitalach, pracowniach diagnostycznych, placówkach stomatologicznych oraz aptekach dyżurnych
działaniu leków wraz z objawami skutków ubocznych
sposobach udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej
sposobie przygotowania się do badań diagnostycznych
Sieć medyczna
Wszystkie usługi medyczne objęte zakresem programu opieki medycznej dostępne są dla Ubezpieczonego w formie bezgotówkowej, w sieci placówek medycznych na terytorium RP, wskazanych Ubezpieczonemu przez 24h Centrum Operacyjne.
POMOC DORAŹNA
24h wyjazdowa opieka lekarska
W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, gdy stan zdrowotny Ubezpieczonego nie pozwala na dotarcie do placówki medycznej, 24h Centrum Operacyjne organizuje wizytę lekarską w miejscu aktualnego pobytu Ubezpieczonego.
Usługa obejmuje:
zebranie wywiadu medycznego
badanie przedmiotowe
postawienie diagnozy
interpretacja wyników badań diagnostycznych
zlecenie konsultacji specjalistycznych
wystawienie recept na leki
wystawienie zaświadczenia o niezdolności do pracy
pomoc w ustaleniu miejsca kontynuacji leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego.
Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w przypadkach, gdy istnieje medyczne uzasadnienie braku możliwości odbycia przez Ubezpieczonego konsultacji w placówce medycznej.
Wskazaniem do wizyty domowej nie są w szczególności:
- nagłe zachorowanie;
- potrzeba odbycia wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem;

- zapotrzebowanie na recepty na leki;
- zapotrzebowanie na zaświadczenia, zwolnienia lub skierowania lekarskie;
- problemy organizacyjne w dotarciu do placówki medycznej.
24h transport medyczny
Program gwarantuje Ubezpieczonemu organizację transportu medycznego z miejsca jego pobytu do najbliższego punktu pomocy doraźnej 24h Centrum Operacyjne lub najbliższego terytorialnie szpitala, realizowany ambulansem sanitarnym w asyście ratownika medycznego, ze wskazań medycznych.
24h ambulatoryjna opieka lekarska
Pomoc medyczna obejmuje konsultację lekarską realizowaną w trybie pomocy doraźnej, połączoną z wykonaniem dodatkowych zabiegów ambulatoryjnych.
internista
zebranie wywiadu medycznego
badanie przedmiotowe
postawienie diagnozy
zlecenie badań diagnostycznych
interpretacja wyników badań diagnostycznych
zlecenie konsultacji specjalistycznych
wystawienie recept na leki
wystawienie zaświadczenia o niezdolności do pracy
chirurg ogólny
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)
szycie rany
nacinanie ropnia, krwiaka
założenie lub zmiana opatrunku
zdejmowanie szwów
24h ambulatoryjna opieka pielęgniarska
W razie wskazań medycznych, Ubezpieczony może skorzystać z zabiegów pielęgniarskich organizowanych najbliżej miejsca jego aktualnego pobytu.
iniekcja domięśniowa, dożylna, podskórna
dożylny wlew kroplowy
pomiar ciśnienia tętniczego
pomiar glukozy we krwi
pobranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych
założenie lub zmiana prostego opatrunku
24h wyjazdowa opieka pielęgniarska
Usługa realizowana ze wskazań medycznych, uniemożliwiających dotarcie Ubezpieczonego do placówki medycznej
iniekcja domięśniowa, dożylna, podskórna
pomiar ciśnienia tętniczego

pomiar glukozy we krwi
pobranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych
założenie lub zmiana prostego opatrunku
REHABILITACJA
Zabiegi rehabilitacyjne
Ubezpieczonemu przysługuje 10 zabiegów rehabilitacyjnych w roku spośród niżej wymienionych zabiegów, których zakres określony jest przez lekarza prowadzącego leczenie.
Usługa realizowana jest w placówce medycznej wskazanej przez 24h Centrum Operacyjne, wyłącznie po skierowaniu lekarza chirurga ogólnego, neurologa lub ortopedy wynikającego ze wskazań medycznych w stanach pourazowych po nieszczęśliwym wypadku. 24h Centrum Operacyjne zastrzega sobie możliwość skierowania ubezpieczonego na konsultację kwalifikacyjną przed planowanymi zabiegami rehabilitacyjnymi do wybranego przez siebie lekarza.
Kinezyterapia
ćwiczenia grupowe
ćwiczenia indywidualne
ćwiczenia oddechowe
ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane
ćwiczenia bierne
ćwiczenia czynne
ćwiczenia instruktażowe
metoda PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) polegająca na odtwarzaniu prawidłowego ruchu w oparciu o prawidłowe wzorce ruchowe ćwiczenia ręki palców i kończyny niedowładnej
ćwiczenia równoważne w pozycji siedzącej
ćwiczenia samowspomagane
ćwiczenia specjalne na przyrządach
ćwiczenia w odciążeniu
ćwiczenia czynne wolne
ćwiczenia czynne wolne małych grup mięśniowych
ćwiczenia czynne wolne koordynujące
ćwiczenia czynne kończyn górnych i dolnych
ćwiczenia czynne oporowe kończyn dolnych w pozycji leżącej i siedzącej
ćwiczenia relaksacyjno – rozluźniające
ćwiczenia izometryczne
gimnastyka izometryczna
nauka chodu przy pomocy balkonika, kul, laski itp. z asekuracją fizjoterapeuty
nauka czynności dnia codziennego
nauka siadania
pionizacja pacjenta
pozycje ułożeniowe oraz masaż

wyciąg trakcyjny
Fizykoterapia
elektroterapia
elektrostymulacja
fonoforeza
galwanizacja
jonoforeza
prądy diadynamiczne
prądy wielkiej częstotliwości (Curapuls)
prądy niskiej częstotliwości (interferencyjne)
prądy Tensa
prądy Traeberta
krioterapia miejscowa
laseroterapia punktowa
magnetoterapia: impulsy m.cz. Magnetus
światłolecznictwo: promienie UV, Sollux
terapia ultradźwiękami: ultraterapia miejscowa
LEKI I SPRZĘT REHABILITACYJNY
zamówienie i dostawa leków do miejsca pobytu ubezpieczonego - 24h Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt dostawy leków do miejsca pobytu ubezpieczonego
zamówienie i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego - 24h Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt sprzętu rehabilitacyjnego.

Suma ubezpieczenia

6. Usługi assistance realizowane są do łącznej wysokości 3.000 zł.
7. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów usług assistance określa poniższa tabela:

RODZAJ USŁUGI		Limity na osobę
INFORMACJA MEDYCZNA		Bez limitu
POMOC DORAŹNA	24h wyjazdowa opieka lekarska	500 zł
	24h transport medyczny	700 zł
	24h ambulatoryjna opieka lekarska	300 zł
	24h ambulatoryjna opieka pielęgniarska	200 zł
	24h wyjazdowa opieka pielęgniarska	300 zł
REHABILITACJA		1000 zł
LEKI I SPRZĘT REHABILITACYJNY		500 zł

8. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 6, jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.
9. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 6, ulega zmniejszeniu o każdą zrealizowaną usługę assistance, tj. kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie Compensa poniósł w związku z jej wykonaniem. W przypadku całkowitego wyczerpania sumy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia w części dotyczącej danego rodzaju usługi wygasa.

Realizacja usług assistance

10. Usługi assistance wymienione w ust. 5 realizowane są na rzecz ubezpieczonego bezgotówkowo, po uprzednim kontakcie z 24h Centrum Operacyjnym.
11. Usługi assistance są realizowane wyłącznie w placówkach, które zostaną wskazane przez 24h Centrum Operacyjne.
12. Zabiegi ambulatoryjne oraz zabiegi rehabilitacyjne są realizowane wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza w placówkach, które zostaną wskazane przez 24h Centrum Operacyjne.
13. Jeżeli w ocenie operatora 24h Centrum Operacyjnego zakres pomocy będzie wymagał skorzystania z Państwowego Ratownictwa Medycznego, to operator w celu wezwania pomocy skontaktuje się z Państwowym Ratownictwem Medycznym.

ANEKS NR 1

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA STUDENTÓW

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 1/07/2024 z dnia 01.07.2024 roku.

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA STUDENTÓW:

1. Zmienia się treść ust. 82-88 w Części I, POSTANOWIENIA KOŃCOWE, Reklamacje, które przyjmują następujące brzmienie:

82. Prawo do wniesienia reklamacji przysługuje:
    1) będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy,
    2) będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej.
83. Reklamację można złożyć w każdej jednostce COMPENSY obsługującej klientów.
84. Reklamacja może być złożona:
    1) na piśmie:
        a) w postaci papierowej – osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 83, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366 i 820), albo nadana w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
        b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (rekomendowany przez COMPENSĘ jest formularz znajdujący się na stronie www.compensa.pl oraz adres elektroniczny reklamacje@compensa.pl) albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 i 1841), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
    2) ustnie – telefonicznie (rekomendowany przez COMPENSĘ nr telefonu 22 501 61 00) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w ust. 83.
85. Po złożeniu przez klienta reklamacji zgodnie z wymogami, o których mowa w ust. 84, COMPENSA rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi na piśmie:
    1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
    2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
    3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.

    W przypadku, o którym mowa w ust. 85 pkt 1), odpowiedź jest udzielana:
        a) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
        b) na adres klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
86. COMPENSA udziela klientowi odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli COMPENSA z uzasadnionej przyczyny nie może udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, poinformuje osobę wnoszącą reklamację o przyczynach braku możliwości jego dotrzymania, możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nowy termin nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji).
87. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz uprawniony z umowy, będący osobą fizyczną, mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, zwłaszcza w przypadku nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji, niewykonania w terminie czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z oczekiwaniem klienta. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy, będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSĄ można poddać pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej: https://rf.gov.pl).
88. Podmioty nieposiadające prawa do złożenia reklamacji mogą złożyć skargę dotyczącą usług świadczonych przez COMPENSĘ. Do skargi stosuje się ww. postanowienia dotyczące reklamacji.

2. Zmienia się treść ust. 97 Części I, POSTANOWIENIA KOŃCOWE, Zawiadomienia i oświadczenia, który przyjmuje następujące brzmienie:

97. COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nie jest i nie będzie zobowiązane świadczyć ochrony, nie jest i nie będzie zobowiązane do zapłaty jakiegokolwiek roszczenia, nie wypłaci ani nie zapewni jakiegokolwiek świadczenia, z jakiegokolwiek tytułu lub podstawy, w zakresie, w jakim ich zapewnienie lub dostarczenie naraziłoby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group na jakiekolwiek sankcje, zakazy, ograniczenia lub inne konsekwencje wynikające lub związane odpowiednio z rezolucjami Organizacji Narodów Zjednoczonych lub regulacjami sankcyjnymi (w tym w szczególności handlowymi, gospodarczymi lub finansowymi), embargami handlowymi lub innymi mającymi charakter sankcji ekonomicznych, wynikających z przepisów prawa Unii Europejskiej, Polski, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów, a także regulacji wydanych przez inne organizacje międzynarodowe, w zakresie w jakim ma lub będzie mieć to zastosowanie do przedmiotu umowy i przy uwzględnieniu szczególnych przepisów krajowych mających zastosowanie do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group.

3. Niniejszy aneks został zatwierdzony przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 1/02/2026 z dnia 2 lutego 2026 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 13.02.2026 roku.





Anna Włodarczyk-Moczkowska
Prezes Zarządu

Damian Andruszkiewicz
Członek Zarządu

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
www.wiener.pl

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