

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia**  
Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna  
Vienna Insurance Group (dalej: Compensa)

**Następstw nieszczęśliwych wypadków  
„OPTIMA SPORT”**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

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 czynności 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 przetwarzania 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 nie należnych 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 na 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 ubez-

pieczenia 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, 7, 8-10, 33-36, 48, 71, 83-87 z uwzględnieniem pojęć zawartych w pkt 111
	Klauzula nr 1 Świadczenie tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 1-13 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 1-8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 3 Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 4 Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy	pkt 1-4, 7-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 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 111 części 1
	Klauzula nr 6 Świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu	pkt 1-7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1

	Klauzula nr 7 Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	pkt 1-5, 7-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 8 Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku	pkt 1-7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 9 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 10 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej osoby fizycznej wykonującej zawód trenera lub instruktora sportowego	pkt 1-8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 11 Usługi Assistance	pkt 1-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 12 Ubezpieczenie sprzętu sportowego	pkt 1-6, 12-17 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Compensy uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	OWU Następstw nieszczęśliwych wypadków – CZĘŚĆ 1 POSTANOWIENIA WSPÓLNE	pkt 7, 8, 14, 15, 49, 50, 67-70, 73-78, 80-81, z uwzględnieniem pojęć zawartych w pkt 111
	Klauzula nr 1 świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 2-7, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 2 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 2, 3.1, 3.2, 3.5, 3.9 – 3.10, 4.1, 4.3, 5-8 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 3 Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	pkt 2, 4, 5, z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 4 Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy	pkt 3-6, 8-11 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 5 Zasiłek dzienny z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	pkt 3, 4, 8-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 6 Świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu	pkt 2, 3, 7 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1

	Klauzula nr 7 Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	pkt 3, 5-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 8 Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku	pkt 2-6 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 9 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym	pkt 2, 6-8, 10 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 10 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej osoby fizycznej wykonującej zawód trenera lub instruktora sportowego	pkt 4, 6-8, 10 - 14 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 11 Usługi Assistance	pkt 3, 6-9 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1
	Klauzula nr 12 Ubezpieczenie sprzętu sportowego	pkt 4, 5, 6, 7, 12-17 z uwzględnieniem odpowiednich pojęć zawartych w pkt 111 części 1

CZĘŚĆ 1 – POSTANOWIENIA WSPÓLNE .....	9
Postanowienia ogólne .....	9
Przedmiot, zakres i miejsce ubezpieczenia .....	9
Ogólne wyłączenia odpowiedzialności Compensy .....	10
Zawarcie umowy ubezpieczenia .....	10
Zawarcie umowy ubezpieczenia dla innej osoby (na cudzy rachunek) .....	11
Początek i koniec odpowiedzialności Compensy .....	11
Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa? .....	11
Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności Compensy .....	12
Składka ubezpieczeniowa .....	12
Obowiązki ubezpieczonego i ubezpieczającego, które wynikają z umowy ubezpieczenia .....	13
Obowiązki ubezpieczającego, ubezpieczonego w razie zaistnienia zdarzenia .....	13
Wypłata świadczenia lub odszkodowania .....	14
POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....	14
Roszczenia regresowe .....	14
Reklamacje .....	15
Zawiadomienia i oświadczenia .....	15
Obowiązywanie OWU .....	16
SŁOWNIK .....	16
CZĘŚĆ 2 – KLAUZULE – POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE .....	20

## CZĘŚĆ 1 – POSTANOWIENIA WSPÓLNE

### Postanowienia ogólne

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW OPTIMA SPORT – 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 odpowiednie zdrowie, życie, odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego.
7. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych, do których doszło w okresie ubezpieczenia, w tym także podczas wykonywania pracy, amatorskiego i wyczynowego uprawiania sportu, z zastrzeżeniem ust. 14 pkt 7 - 9.
8. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie ograniczonym lub pełnym.
9. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ograniczonym obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które powstały:
  - 1) w odniesieniu do zawodników podczas wyczynowego uprawiania sportu, a w odniesieniu do ubezpieczonych osób będących członkami sztabu szkoleniowego do wykonywania pracy zgodnej z pełnionym stanowiskiem w ramach przynależności do klubu, stowarzyszenia bądź związku sportowego,albo
  - 2) w odniesieniu do zawodników podczas wyczynowego uprawiania sportu, z włączeniem podróży do i z miejsca uprawiania sportu, a w odniesieniu do ubezpieczonych osób będących członkami sztabu szkoleniowego do wykonywania pracy zgodnej z pełnionym stanowiskiem w ramach przynależności do klubu,

stowarzyszenia bądź związku sportowego, z włączeniem podróży do/z miejsca wykonywania pracy.

10. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie pełnym obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce przez całą dobę, siedem dni w tygodniu – podczas wyczynowego uprawiania sportu/wykonywania pracy, podczas podróży do i z miejsca uprawiania sportu lub pracy oraz w życiu prywatnym.
11. Zakres ubezpieczenia zależy od wyboru ubezpieczającego.
12. Szczegółowy zakres ubezpieczenia określony jest w klauzulach.
13. 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 Klauzuli.
14. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
  - 1) wszelkie choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które wystąpiły nagle, w tym również choroby zawodowe – z zastrzeżeniem zapisów Klauzuli nr 7, na podstawie której zakres ochrony może zostać rozszerzony o świadczenie z tytułu poważnego zaochorowania;
  - 2) trwałe 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 na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku przekracza 65 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) utracenie 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, z zastrzeżeniem Klauzuli nr 12, na podstawie której zakres ochrony może zostać rozszerzony o ubezpieczenie sprzętu sportowego;
  - 7) zdarzenia zaistniałe w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy o podwyższonym stopniu ryzyka;
  - 8) zdarzenia zaistniałe w związku z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka, o ile z postanowień umowy ubezpieczenia nie wynika inaczej;

- 9) zdarzenia zaistniałe w związku z uprawianiem sportów ekstremalnych;
- 10) wszelkie zdarzenia zaistniałe przed datą rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.

### **Ogólne wyłączenia odpowiedzialności Compensy**

15. 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), chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej;
- 2) w wyniku zwichnięcia stawu, jeżeli w 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 jakiegokolwiek służby mundurowe podczas działań wojennych, konfliktów zbrojnych;
- 8) wskutek umyślnego działania ubezpieczonego 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 terronu 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, chyba że umowa ubezpieczenia stanowi inaczej;
- 15) w wyniku chorób i wad wrodzonych lub wad rozwojowych, gdy miały wpływ na powstanie obrażenia urazowego;
- 16) na skutek leczenia usprawniającego.
16. Odszkodowania i świadczenia nie przysługują, jeżeli w stosunku do ubezpieczonego, w dniu urazu powstałego w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, istniały przeciwwskazania lekarskie do wyczynowego uprawiania sportu.
17. Powyższe postanowienia mają również zastosowanie do Klauzul, chyba że z ich postanowień wynika odmiennie.
18. 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**

19. Umowa zawierana jest na okres roczny lub krótszy niż rok. Okres ubezpieczenia jest wskazany w umowie ubezpieczenia.
20. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie ofertowym, w trybie przetargowym lub na podstawie pisemnego wniosku wypełnionego przez ubezpieczającego. Wniosek jest częścią umowy.
21. Ubezpieczający jest obowiązany udzielić Compensie odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku lub skierowane do niego w formie pisemnej.
22. Zawarcie umowy ubezpieczenia Compensa potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
23. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie:
  - a) indywidualnej imiennej;
  - b) grupowej imiennej;
  - c) grupowej bezimiennej.
24. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, nie można zmienić jej warunków.
25. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej bezimiennej, ochroną ubezpieczeniową muszą być objęte wszystkie osoby należące do grupy określonej w umowie ubezpieczenia, stanowiące jednolitą zbiorowość.
26. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej imiennej, do umowy powinna być załączona lista osób ubezpieczonych, zawierająca: imiona i nazwiska, daty urodzenia oraz adresy zamieszkania tych osób.

## Zawarcie umowy ubezpieczenia dla innej osoby (na cudzy rachunek)

27. 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.
28. 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.
29. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, gdy koszt składki ubezpieczeniowej będzie finansowany przez ubezpieczonego, ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej warunki ubezpieczenia przed przystąpieniem do takiej umowy na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę - na innym trwałym nośniku.
30. Ubezpieczający ma obowiązek zapłacić składkę. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Compensie wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.
31. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do ubezpieczonego stosuje się w szczególności:
  - 1) obowiązki ubezpieczającego określone w ust. 67, 68, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;
  - 2) postanowienia ust. 41, 47 oraz 71, 73-78, 80-81.
32. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Compensa na prośbę ubezpieczonego wskazanego w umowie ubezpieczenia przekazuje 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

33. Początek i koniec okresu ubezpieczenia określony jest w dokumencie ubezpieczenia.
34. 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.
35. 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 płatno-

ści, odpowiedzialność Compensy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.

36. Odpowiedzialność Compensy kończy się z chwilą wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

## Kiedy i z jakich powodów umowa ubezpieczenia wygasa?

37. Umowa ubezpieczenia wygasa:
  - 1) z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
  - 2) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia Compensie o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach, o których mowa w ust. 38 i ust. 44;
  - 3) z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu na opłacenie kolejnej raty składki wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty w sytuacji, o której mowa w ust. 47;
  - 4) z dniem określonym w porozumieniu stron dotyczącym rozwiązania umowy;
  - 5) zakończy się 30-dniowy okres wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeśli ubezpieczający ją wypowiedzie, zgodnie z ust. 42.
38. 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 przypadła niezapłacona składka.
39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Ubezpieczający może rozwiązać umowę ubezpieczenia w formie pisemnej z zachowaniem trzydziestodniowego okresu wypowiedzenia.
43. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Compensa udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
44. 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.
45. 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.
46. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez jedyne ubezpieczonego, na którego rachunek umowa jest zawarta w dniu wystąpienia przez niego z umowy ubezpieczenia.
47. 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. 42 nie ma zastosowania.

### **Suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna i limity odpowiedzialności Compensy**

48. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna ustalana jest przez ubezpieczającego z Compensą przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, a jej wysokość wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
49. 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.
50. Suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna ulega zmniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie lub świadczenie, chyba że z klauzul wynika inaczej.

### **Składka ubezpieczeniowa**

51. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności.
52. Wysokość składki i terminy jej zapłaty zawarte są w dokumencie ubezpieczenia.
53. Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach.
54. Na wysokość składki ubezpieczeniowej mają wpływ:
- 1) suma ubezpieczenia lub suma gwarancyjna;
  - 2) zakres ubezpieczenia;
  - 3) okres ubezpieczenia;
  - 4) czynniki ryzyka;
  - 5) rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej;
  - 6) częstotliwość opłacania składki;
  - 7) wiek ubezpieczonych;
  - 8) liczba ubezpieczonych osób;
  - 9) indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego.
55. Ubezpieczający opłaca składkę lub jej pierwszą ratę w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia postanowiono inaczej.
56. Jeśli ubezpieczający zapłaci niższą kwotę składki lub jej raty, niż określa umowa ubezpieczenia, uznane zostanie, że jej nie zapłacił.
57. 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.
58. Compensa zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zapisu o składce minimalnej z umowy ubezpieczenia.
59. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej, potwierdzonej polisą otwartą, ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić składkę zaliczkową w ciągu 14 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki zaliczkowej oblicza się w oparciu o deklarowaną przez Ubezpieczającego, planowaną liczbę osobodni.
60. W trakcie trwania okresu ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest w terminie do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu podlegającemu rozliczeniu przekazywać Compensie informacje dotyczące liczby realizowanych osobodni, chyba że umówiono się inaczej.
61. Ostateczne rozliczenie składki w odniesieniu do umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą otwartą następuje w ciągu 30 dni od daty zakończenia okresu ubezpieczenia, w oparciu o faktyczną liczbę wykorzystanych osobodni. Jeżeli liczba wykorzystanych osobodni przekracza liczbę zadeklarowanych, Compensa informuje ubezpieczającego o obowiązku dopłaty składki, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacić w ciągu 14 dni od

otrzymania rozliczenia od Compensy. Jeżeli liczba wykorzystanych osobodni jest mniejsza od zadeklarowanej, Compensa zwraca ubezpieczającemu różnicę w składce, z zastrzeżeniem ust. 58.

62. Maksymalna liczba osób ubezpieczonych nie może przekroczyć liczby osób podanej przy zawieraniu umowy, z zastrzeżeniem ust. 63.
63. W przypadku przekroczenia liczby osób ubezpieczonych wskazanej przy zawieraniu umowy, ubezpieczający zobowiązany jest do zgłoszenia tej okoliczności do Compensy. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do nowych osób rozpoczyna się od dnia następnego po zgłoszeniu. Składka naliczana będzie za pełne miesiące.
64. Compensa dopuszcza możliwość rotacji osób ubezpieczonych. Składka ubezpieczeniowa nie ulega zmianie, o ile zmianie nie uległa łączna wskazana w umowie ubezpieczenia liczba osób ubezpieczonych. Jeżeli umowa została zawarta w formie imiennej, ubezpieczający zobowiązany jest do przesłania do Compensy aktualnej listy ubezpieczonych. Aktualizacja listy ubezpieczonych następuje od dnia następnego po zgłoszeniu zmiany.
65. W przypadku zmniejszenia liczby ubezpieczonych wskazanej przy zawieraniu umowy, ubezpieczający zobowiązany jest do zgłoszenia tej okoliczności do Compensy. Compensa dokona rozliczenia składki za okres niewykorzystanej ochrony. Składka do zwrotu naliczana będzie za pełne miesiące.
66. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą otwartą ubezpieczający zobowiązany jest do prowadzenia imiennej ewidencji ubezpieczonych oraz udostępniać ją do wglądu na każde żądanie Compensy. Ewidencja powinna zawierać imię, nazwisko, datę urodzenia oraz adres zamieszkania.

### **Obowiązki ubezpieczonego i ubezpieczającego, które wynikają z umowy ubezpieczenia**

67. 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.
68. 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.
69. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 67 i 68, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
70. Compensa nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 67-69 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w ust.

67-69, 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**

71. 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 zgłoszeniu 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 przedstawicielowi Compensy wszelkich wyjaśnień w sprawie szkody, o jakie zostanie poproszony;

- 11) postępować zgodnie z przekazanymi przez Compensę zaleceniami.
72. Compensa może weryfikować dokumenty, które otrzymują oraz zasięgać opinii lekarzy specjalistów.
73. 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 możliwość 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.
74. 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.
75. 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.
76. W razie ograniczenia lub cofnięcia powództwa ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić o tym Compensę.
77. 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 Compensy, nie wywoła to skutków prawnych wobec Compensy.
78. 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.
79. Obowiązki wymienione w ust. 71, 73 - 78, dotyczą ubezpieczonego warunkiem, że wiedział o zawarciu umowy na jego rzecz.
80. 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 możliwości dochodzenia roszczeń wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, wówczas Compensa jest wolna od odpowiedzialności za szkodę powstałą z tego powodu.
81. 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.
82. 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

83. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest ubezpieczonemu, osobie lub podmiotowi upoważnionemu do odbioru świadczenia lub odszkodowania, a w przypadku refundacji kosztów – osobie lub podmiotowi, które te koszty poniosły. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest w złotych.
84. Compensa jest obowiązana spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
85. 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. 84.
86. Koszty poniesione w walutach obcych przelicza się na złote według kursu średniego NBP z dnia ustalenia świadczenia lub odszkodowania.
87. 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 uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz zawiadamiając o możliwości odwołania się lub o dochodzeniu roszczeń na drodze postępowania sądowego.

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### Roszczenia regresowe

88. 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.

wania. Jeżeli Compensa pokryła tylko część szkody, ubezpieconemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Compensy.

89. Nie przechodzą na Compensę roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczony pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
90. 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.
91. Jeżeli ze względów proceduralnych z powództwem może wystąpić tylko ubezpieczony lub uprawniony, na żądanie Compensy zobowiązana 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

92. Reklamację w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia może zgłosić ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z tej umowy.
93. 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).
94. 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.
95. Reklamacja jest rozpatrywana niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Jeżeli z uwagi na szczególnie 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.

96. 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.
97. Zgłaszający reklamację może wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy.
98. Spór może zostać rozstrzygnięty przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym albo Sąd Polubowny przez Komisji Nadzoru Finansowego, w trybie wskazanym w regulaminach tych Sądów.
99. 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.
100. Compensa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
101. 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

102. 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.
103. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Compensę o zmianie swojego adresu zamieszkania bądź siedziby.
104. Compensa jest zobowiązana poinformować ubezpieczającego o zmianie adresu siedziby.
105. 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.
106. W kontaktach i prowadzonej z Compensą korespondencji obowiązuje język polski.
107. 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.

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

### Obowiązanie OWU

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

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

### SŁOWNIK

111. 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) **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 jakiegokolwiek organizacji lub rządu;
  - d) są skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu oraz;
  - e) mają na celu wyrzucić wpływ na rząd, wprowadzić chaos, zastraszyć ludność lub zdezorganizować życie publiczne przy użyciu przemocy bądź groźby użycia przemocy;
- 4) **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;
- 5) **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;
- 6) **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;

- 7) **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;
- 8) **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.
- 9) **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 fizjologiczne – 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;
- 10) **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;

- 11) **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;
- 12) **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;
- 13) **koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków** - niezbędne z medycznego punktu widzenia, zalecone przez lekarza, udokumentowane i związane z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, koszty:
- wizyt lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych i operacji;
  - zakupu lekarstw i środków opatrunkowych;
  - transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium;
  - koszty badań diagnostycznych, leczenia w komorze dekompresyjnej, zabiegów krio-terapii;
  - koszty odbudowy stomatologicznej zębów, o ile zostały uszkodzone wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową;
  - operacji plastycznych;
- Za koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków uważa się również koszty badań diagnostycznych, koszty leczenia usprawniającego oraz koszty odbudowy stomatologicznej zębów, o ile zostały uszkodzone wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową;
- 14) **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;
- 15) **liczba osobodni** – iloczyn liczby ubezpieczonych osób oraz liczby dni, w których osoby te są objęte ochroną ubezpieczeniową;
- 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 trwałe uszczerbek na zdrowiu, albo zmarł. W rozumieniu OWU, za nieszczęśliwy wypadek uważa się również udar mózgu oraz zawał serca, jeżeli nie były spowodowane wcześniej zdiagnozowanymi stanami chorobowymi, z zastrzeżeniem ust. 14 pkt. 3 i 4;
- 17) **niedołżność 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:
- korzystać z toalety;
  - utrzymać higieny osobistej – czyli myć się w wannie lub pod prysznicem;
  - ubierać się i rozbierać;
  - spożywać posiłków;
  - samodzielnie się poruszać, także za pomocą chodzika, laski lub kul;
  - 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 ogniskowym, 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** – krącnowa 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 krącnową niewydolność wątroby. Z zakresu ochrony wyłączone jest niewydolność wątroby w wyniku choroby zakaźnej, jak wirusowe zapalenie wątroby typu B i C oraz zakażenie wirusem HIV;
- 21) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie opszpeceń, okaleczeń lub deformacji ciała ubezpieczonego, powstałych wskutek nie-

- szczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;
- 22) **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;
- 23) **partner** – małżonek lub małżonka ubezpieczonego, a także osoba odmiennej lub tej samej płci, z którą ubezpieczony w chwili zajścia zdarzenia, stanowiącego podstawę wysunięcia roszczeń w ramach zawartej umowy ubezpieczenia, mieszka i prowadzi wspólne gospodarstwo, jak gdyby byli małżeństwem, a także osoba tej samej płci, z którą ubezpieczony zawarł formalny związek w jakiegokolwiek jurysdykcji;
- 24) **polisa otwarta** – forma umowy ubezpieczenia zawieranej na rzecz grupy, w której występuje rotacja osób ubezpieczonych należących do jednolitej zbiorowości, zakwalifikowanych do tej samej kategorii ryzyka ubezpieczeniowego, w której składka ubezpieczeniowa naliczana jest na podstawie zadeklarowanej liczby osobodni i zakresu polisy, a całość rozliczana jest na koniec okresu ubezpieczeniowego;
- 25) **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;
- 26) **porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata ruchomości co najmniej dwóch całych kończyn, powodująca niemożność ich używania. Diagnoza i określenie trwałości utraty ruchomości muszą wykazywać ciągłość i trwałość porażenia przez co najmniej 12 następujących po sobie miesięcy od momentu jego wystąpienia;
- 27) **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;
- 28) **poważne zachorowanie** - wystąpienie i zdiagnozowanie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności jednej lub kilku wymienionych chorób:
- anemia plastyczna
  - choroba Alzheimera;
  - choroba Parkinsona;
  - choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita;
  - choroba Creutzfeldta-Jakoba;
  - dystrofia mięśniowa;
  - choroba nowotworowa złośliwa;
  - niewydolność nerek;
  - niewydolność wątroby;
- porażenie kończyn;
  - przeszczep organu;
  - stwardnienie rozsiane;
  - utrata wzroku;
  - utrata słuchu;
  - cukrzyca typu 1;
  - utrata kończyn;
  - utrata mowy;
  - sepsa;
- 29) **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;
- 30) **praca na wysokości** – praca wykonywana na wysokości co najmniej 1 metra nad poziomem podłogi lub ziemi, za wyjątkiem sytuacji, gdy powierzchnia, na której ubezpieczony pracuje:
- jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi;
  - jest wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące pracownika przed upadkiem z wysokości;
- 31) **praca o podwyższonym stopniu ryzyka** – wykonywanie pracy:
- fizycznej w górnictwie węglowym, kopalnictwie, gazownictwie, energetyce, hutnictwie, w służbach mundurowych;
  - w przemyśle stoczniowym – przy budowie i remontach statków;
  - przy materiałach wybuchowych, radioaktywnych i chemicznych;
  - nurków;
  - na wysokości, pod ziemią;
  - operatorów urządzeń dźwigowych;
  - przy urządzeniach wysokiego napięcia;
  - w przemyśle naftowym (platformy wiertnicze, szyby wiertnicze, magazyny paliwowe, stacje benzynowe);
  - w służbach ratowniczych górskich i wodnych;
  - dzołcewów, ujeżdźaczy koni wyścigowych, akrobatów, kaskaderów, pogromców zwierząt i innych zawodów związanych z pracą w cyrku;
- 32) **przeszczep organu** – zabieg chirurgiczny polegający na przeszczepie: nerek, serca, płuc, wątroby lub trzustki w celu ratowania życia ubezpieczonego;
- 33) **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 opa-

- rzeń, zatruć lub urazów akustycznych. Za przyczynę zewnętrzną nie uważa się stresu, przeżyć oraz drobnoustrojów chorobotwórczych;
- 34) **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 utratą zmianami narządowymi prowadzącymi do poważnej dysfunkcji tych narządów;
- 35) **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;
- 36) **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, parakour, canyoning, 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;
- 37) **stan po spożyciu alkoholu** – stan, który występuje, gdy:
- zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila
  - obecność alkoholu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg w 1 dm<sup>3</sup> wydychanego powietrza;
- 38) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym:
- zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość
  - zawartość alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
- 39) **stwardnienie rozsiane** - choroba zapalna ośrodkowego układu nerwowego wywołana procesami demielinizacyjnymi. Objawia się ogniskową demielinizacją, utrzymującymi się zaburzeniami motorycznymi lub zaburzeniami zucia. 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;
- 40) **suma gwarancyjna** – maksymalna kwota, jaką poszkodowany może otrzymać z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym;
- 41) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Compensy w ramach grupy ubezpieczeń lub danego rodzaju ubezpieczenia;
- 42) **szkoda na osobie** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 43) **szkoda w mieniu** – uszkodzenie, zniszczenie mienia w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 44) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczącej całodobową opiekę nad chorymi w warunkach zamkniętych w zakresie diagnostyki i leczenia, przy pomocy wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarstwa. Za szpital nie uważa się domów opieki, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień oraz szpitali i ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
- 45) **środki pomocnicze** – zalecone przez lekarza środki niezbędne do tego, żeby wspomagać leczenie po doznanych trwałym uszczerbku na zdrowiu. Mogą to być: gorsety, protezy (w tym protezy uzupełniające, modułarne, bioniczne), ortozy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, okulary korekcyjne i aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie;
- 46) **świadczenie** – rekompensata za szkodę na osobie, np. wypłata za orzeczoną trwałą uszczerbek na zdrowiu, zadośćuczynienie;
- 47) **Tabela norm procentowego uszczerbku na zdrowiu** – wykaz uszkodzeń ciała oraz odpowiadający im procentowy przedział trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabele są załącznikiem do OWU;
- 48) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, określone przez lekarza orzecznika Compensa na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 49) **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;

- 50) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 51) **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);
- 52) **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;
- 53) **utrata słuchu** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata słuchu w całej skali słyszalnych częstotliwości;
- 54) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach lub w jednym oku, której nie można skorygować za pomocą szkielek korekcyjnych lub postępowania medycznego, np. zabiegu operacyjnego;
- 55) **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. Za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;
- 56) **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;
- 57) **zawał serca** – martwica mięśnia serca powstała w wyniku jego niedokrwienia, wykazująca objawy kliniczne, elektrokardiograficzne i biochemiczne, która powstała w wyniku zamknięcia światła naczynia wieńcowego;
- 58) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną powstania szkody na osobie lub szkody w mieniu, za które Compensa ponosi odpowiedzialność.

## Klauzula nr 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.

Podlimit na zdarzenia powstałe wskutek wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

3. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest pod warunkiem, że nastąpiła ona w ciągu 24 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku.

4. 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.

Podlimit na zdarzenia powstałe wskutek wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

5. 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.

6. 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.

7. Zwrot kosztów pogrzebu następuje do wysokości 8.000 zł.

8. Odszkodowanie z tytułu kosztów pogrzebu ubezpieczonego wypłacane jest ponad sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

### Ustalenie wysokości świadczenia

9. 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.

## CZĘŚĆ 2

### KLAUZULE – POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

10. 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.
11. Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest uprawionemu, wskazanemu w umowie ubezpieczenia.
12. 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.
13. Rodzaj i wysokość świadczenia lub odszkodowania wypłacane jest po ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem a odpowiednio – śmiercią lub niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
14. Związek przyczynowo-skutkowy ustalany jest przez Compensę na podstawie otrzymanych dowodów.
- 3.5. 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.
- 3.6. Ustalenie związku przyczynowo-skutkowego, o którym mowa w pkt 3.5, następuje na podstawie dostarczonych przez ubezpieczonego dowodów, a także na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt 3.4.
- 3.7. Compensa zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgnięcia opinii lekarzy specjalistów.
- 3.8. 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.

## 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. Podlimit na zdarzenia powstałe wskutek wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku**
  - 3.1. 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;
  - 3.2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane jest po określeniu przez lekarza orzecznika powołanego przez Compensę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
  - 3.3. 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 3.4.
  - 3.4. 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.
  - 3.11. 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.
  - 3.12. 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.
  - 3.13. 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.
  - 3.14. 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%.

3.15. 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. 4, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 4.2.

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

4.1. 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	
	Prawa (dominująca)	Lewa
<b>ZŁAMANIA</b>		
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 śródreżca	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 kręgow, bez objawów neurologicznych (za każdy)	7%
Złamania kręgosłupa – łuków, wyrostków poprzecznych, kolczystych (za każdy)	2%
Złamania w obrębie kości ogonowej	5%
<b>URAZ MÓZGU</b>	
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%
Słuczenie mózgu	10%
<b>OPARZENIA, ODMROŻENIA</b>	
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%

4.2. 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. 3 niniejszej Klauzuli.

4.3. 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.

4.4. Postanowienia ust. 3 stosuje się odpowiednio.

#### 5. 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.

#### 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, zale-

cony 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 mieszkalnia 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 uchwytych 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 niepełnosprawnej następuje do wysokości 15.000 zł na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności.

### **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.

#### **Ustalenie wysokości świadczenia**

6. 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 podania 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,
  - 3) oryginalnych dowodów opłat potwierdzających inne wydatki objęte ubezpieczeniem,
  - 4) w przypadku leczenia usprawniającego szczegółowej specyfikacji przeprowadzonych zabiegów.
7. Dokumenty stanowiące dowód poniesionych wydatków w związku z udzieleniem ubezpieczonemu pomocy medycznej powinny zawierać następujące informacje:
  - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego,
  - 2) dane teled adresowe placówki medycznej udzielającej pomocy (za placówkę taką uznaje się również aptekę),
  - 3) podpis lekarza lub osoby uprawnionej do reprezentowania placówki medycznej.
8. 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.
9. 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 wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu (dotyczy zawodników) lub do wykonywania pracy (dotyczy sztabu szkoleniowego).
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest ubezpieczonemu za udokumentowany okres niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.

### Suma ubezpieczenia

3. Suma ubezpieczenia zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy 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 wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy 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, lub gdy wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia, ubezpieczony traci prawo do tego świadczenia. Nie dotyczy to sytuacji, gdy ubezpieczony bierze udział w zajęciach sportowych w ramach leczenia usprawniającego.
6. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy 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 wyczynowego uprawiania sportu lub do pracy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zawierającego diagnozę lekarską oraz określającego czas faktycznej niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub pracy. Dowód taki stanowi w szczególności karta informacyjna z leczenia szpitalnego, zaświadczenie od lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarza posiadającego certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej o niezdolności ubezpieczonego do uprawiania określonej dyscypliny sportu lub zaświadczenie lekarskie oraz kopia zwolnienia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność ubezpieczonego w pracy.

8. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy wypłacany jest od 30. dnia niezdolności, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy, z zastrzeżeniem ust. 10.
9. W razie leczenia szpitalnego, zasiłek dzienny wypłacany jest od dnia zakończenia pobytu w szpitalu, nie wcześniej jednak niż od 30. dnia leczenia.
10. Zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub pracy będącej następstwem jednego zdarzenia wypłacany jest za okres nie dłuższy niż 90 dni.
11. Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dzienny za każdy okres niezdolności do wyczynowego uprawiania sportu lub do wykonywania pracy 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 stanowi 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 wypłacany 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

### Świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli zakres ubezpieczenia rozszerza się o jednorazowe świadczenie z tytułu całkowitej, bezpowrotnej utraty zdolności ubezpieczonego do uprawiania sportu.

## Suma ubezpieczenia

2. Suma ubezpieczenia dodatkowego świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Suma ubezpieczenia jest sumą na jedno i wszystkie zdarzenia powstałe w okresie odpowiedzialności Compensy.

## Ustalenie wysokości świadczenia

4. Jednorazowe świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 niniejszej Klauzuli, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Ustalenie zasadności wypłaty świadczenia odbywa się na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 70 pkt 3 Części I OWU.
6. Oprócz dokumentów, o których mowa w ust. 2, świadczenie musi być udokumentowane orzeczeniem o całkowitej niezdolności do uprawiania sportu wydanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarza posiadającego certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.
7. W przypadku wcześniejszej wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do uprawiania sportu, odszkodowanie z tytułu całkowitej niezdolności do uprawiania sportu zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do uprawiania sportu.

## Klauzula nr 7

### 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 nieprzeżyczenia 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 8

### Zadośćuczynienie za ból doznany wskutek wypadku

1. Klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Na podstawie tej klauzuli Compensa 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 mózgu oraz zawału serca.
- 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.
6. Świadczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej wypłacane jest do wysokości sumy gwarancyjnej, o której mowa w ust. 7.

### Suma ubezpieczenia

4. Suma ubezpieczenia z tytułu zadośćuczynienia za ból doznany przez ubezpieczonego wskutek wypadku wynosi 2% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
5. 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

6. 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 9

#### 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 Ubezpieczonego 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, z wyłączeniem USA i Kanady oraz ich terytoriów zależnych.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie niniejszej Klauzuli obejmuje szkody powstałe w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, z wyłączeniem jednakże uprawiania sportu w celach zarobkowych, uprawianiem sportów wysokiego ryzyka lub sportów ekstremalnych.
4. Suma odpowiada za szkody w mieniu i szkody na osobie wyrządzone osobom trzecim.
5. 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;

### 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. 7, ulega zmniejszeniu o każdą kwotę wypłaconego świadczenia lub odszkodowania, którą ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić poszkodowanemu.
9. Koszty, o których mowa w ust. 5 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, grzywn 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;
- 12) wynikłe z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach;
- 13) będące następstwem robót budowlanych, pod pojęciem których rozumie się prowadzenie robót budowlanych polegających na przebudowie, rozbudowie, nadbudowie lub remoncie budynku mieszkalnego lub stałych elementów wnętrza, wymagających pozwolenia na budowę w rozumieniu prawa budowlanego względnie zgłoszenia właścicielemu organowi;
- 14) 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 10

### Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej osoby fizycznej wykonującej zawód trenera lub instruktora sportowego

1. Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia rozszerza się o odpowiedzialność cywilną osoby fizycznej wykonującej zawód trenera lub instruktora sportowego.
2. Ubezpieczenie oferowane na podstawie niniejszej Klauzuli może być zawarte wyłącznie jako uzupełnienie do ubezpieczenia NNW, w którym co najmniej jeden ubezpieczony uprawia sport pod nadzorem ubezpieczonego jako zawodnik bądź wychowanek.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego wykonującego zawód trenera lub instruktora sportowego za szkody na osobie lub szkody w mieniu wyrządzone w związku z wykonywaniem przez niego czynności zawodowych.
4. Zakres terytorialny ubezpieczenia świadczonego na podstawie niniejszej Klauzuli obejmuje wszystkie kraje świata, z wyłączeniem USA i Kanady oraz ich terytoriów zależnych.
5. Poza wyplatą 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

6. Suma gwarancyjna z tytułu odpowiedzialności cywilnej wynosi, w zależności od wyboru ubezpieczającego 50 000 zł albo 100 000 zł.
7. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności Compensy w odniesieniu do jednego i wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia, łącznie dla wszystkich szkód oraz kosztów wypłaconych w jej ramach.
8. Suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 6, ulega zmniejszeniu o każdą kwotę wypłaconego świadczenia lub odszkodowania, którą ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić poszkodowanemu.
9. Koszty, o których mowa w ust. 5 są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej.

### Franszyza redukcyjna/udział własny

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

### Compensa nie ponosi odpowiedzialności za szkody

12. 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) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych – również w sytuacji, gdy ubezpieczony nie wykonał obowiązku ubezpieczenia;
  - 5) powstałe wskutek naruszenia przez ubezpieczonego dóbr osobistych lub praw własności intelektualnej;
  - 6) polegające na zapłacie wszelkiego rodzaju kar pieniężnych, grzywn sądowych lub administracyjnych, należności umownych (w tym zadatków i odszkodowań z tytułu odstąpienia od umowy) oraz należności publicznoprawnych;
  - 7) 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 bankowych;
  - 8) w ruchomościach, z których ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, użyczenia, użytkowania lub innej umowy cywilnoprawnej;

- 9) wynikające z przeniesienia chorób zakaźnych i wirusa HIV, a w odniesieniu do pozostających pod opieką ubezpieczającego zwierząt domowych - chorób zakaźnych;
- 10) wyniku z posiadania broni palnej oraz uczestnictwa w polowaniach.
13. Ponadto Compensa nie odpowiada za szkody:
- 1) wyrządzone przez ubezpieczonego:
    - a) zawieszono go w pełnieniu powierzonych obowiązków – w okresie zawieszenia;
    - b) zwolniono go z pracy z zakazem przyjmowania do pracy w zawodzie – w okresie obowiązywania zakazu;
    - c) wydalono go z zawodu trenera, pozbawiono go prawa do wykonywania zawodu;
  - 2) wyrządzone przez ubezpieczonego nieposiadającego stosownych uprawnień, kwalifikacji lub przeszkolenia do wykonywania obowiązków trenera, przy wykonywaniu których została wyrządzona szkoda;
  - 3) powstałe w posiadanych lub użytkowanych przez ubezpieczonego pojazdach mechanicznych lub ich wyposażeniu.
14. Compensa jest wolna od obowiązku wypłaty odszkodowania należnego pracodawcy w takim zakresie, w jakim Compensa wcześniej naprawiła szkodę wyrządzoną przez ubezpieczonego poszkodowanemu w ramach umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ogólnej pracodawcy zawartej w Compensie.

## Klauzula nr 11

### Usługi Assistance

1. Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpiecze-

nia 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** – działająca na terytorium RP podmiot leczniczy, grupowa praktyka położniczych lub pielęgniariek, 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
<b>24 Centrum Operacyjne</b>
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
serwis SMS
zgłaszanie usług medycznych on-line
<b>Informacja medyczna</b>
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
obowiązkowych szczepieniach ochronnych
objawach ciąży, pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie
pielęgnacji noworodków, niemowląt i dzieci
sposobie przygotowania się do badań diagnostycznych
<b>Sieć medyczna</b>
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.
<b>POMOC DORAŻNA</b>
<b>24h wyjazdowa opieka lekarska</b>
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.
<b>24h transport medyczny</b>
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.
<b>24h ambulatoryjna opieka lekarska</b>
Pomoc medyczna obejmuje konsultację lekarską realizowaną w trybie pomocy doraźnej, połączoną z wykonaniem dodatkowych zabiegów ambulatoryjnych.
<b>internista</b>
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
<b>chirurg ogólny</b>
opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)
szycie rany
nacinanie ropnia, krwiaka
założenie lub zmiana opatrunku
zdejmowanie szwów
<b>24h ambulatoryjna opieka pielęgniarska</b>
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
<b>24h wyjazdowa opieka pielęgniarska</b>
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

### 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
<b>INFORMACJA MEDYCZNA</b>		Bez limitu
<b>POMOC DORAŻNA</b>	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
<b>REHABILITACJA</b>		1000 zł
<b>LEKI I SPRZĘT REHABILITACYJNY</b>		500 zł

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

### Realizacja usług assistance

- Usługi assistance wymienione w ust. 5 realizowane są na rzecz ubezpieczonego bezgotówkowo, po uprzednim kontakcie z 24h Centrum Operacyjnym.
- Usługi assistance są realizowane wyłącznie w placówkach, które zostaną wskazane przez 24h Centrum Operacyjne.
- Zabiegi ambulatoryjne oraz zabiegi rehabilitacyjne są realizowane wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza w placówkach, które zostaną wskazane przez 24h Centrum Operacyjne.
- 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.

### Klauzula nr 12

#### Ubezpieczenie sprzętu sportowego

- Ta klauzula jest częścią umowy ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia rozszerza się na podstawie niniejszej Klauzuli o ubezpieczenie sprzętu sportowego.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody polegające na utracie, zniszczeniu lub uszkodzeniu sprzętu sportowego wskutek zdarzenia losowego związanego z jego transportowaniem, przechowywaniem lub użytkowaniem w czasie podróży i pobytu ubezpieczonego na terytorium RP w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 Compensa odpowiada za szkody powstałe wskutek:

- katastrofy lub wypadku środka komunikacji;
  - udokumentowanej kradzieży z włamaniem z zamkniętych pomieszczeń;
  - zaginięcia, jeżeli sprzęt sportowy został powierzony przewoźnikowi na podstawie dokumentów przewozowych lub został oddany do przechowalni za pokwitowaniem;
  - udokumentowanego rozboju;
  - zdarzeń losowych w postaci: bezpośredniego uderzenia pioruna, wybuchu, upadku statku powietrznego, pożaru, huraganu, gradu, deszczu nawalnego, powodzi, zapadnięcia się ziemi, osuwania się ziemi, lawiny, wylewu wód podziemnych, wydostania się wody z urządzeń wodno-kanalizacyjnych;
  - akcji ratowniczej prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi wymienionymi w pkt 4);
  - nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, poświadczonych diagnozą lekarską i zgłoszonych do Compensy, w wyniku których ubezpieczony został pozbawiony możliwości zabezpieczenia sprzętu sportowego;
  - uszkodzenia lub zniszczenia waliz, toreb, neseserów, plecaków oraz podobnych przedmiotów wyłącznie na skutek udokumentowanej kradzieży części lub całej ich zawartości.
4. Sprzęt sportowy objęty jest ochroną ubezpieczeniową, jeżeli znajduje się:
- pod opieką ubezpieczonego;
  - w pomieszczeniu przeznaczonym do przechowywania sprzętu sportowego lub w czasie powierzenia go do przewozu przewoźnikowi, na podstawie dokumentu przewozowego;
  - w pomieszczeniu przystosowanym do przechowywania sprzętu sportowego lub w miejscu zakwaterowania ubezpieczonego (skrytki bagażowe, przechowalnie bagażu, pokoje hotelowe);
  - w zamkniętym pojeździe lub innym środku transportu, pod warunkiem umieszczenia ubezpieczonego mienia w zamkniętym bagażniku lub w lukach bagażowych tak, aby przedmioty były niewidoczne.

## Definicje

5. Przez użyte w niniejszym ubezpieczeniu pojęcia rozumie się:

1) **deszcz nawalny** – opad deszczu o współczynniku wydajności co najmniej 4, który ustala się na podstawie danych pomiarowych Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMiGW); w przypadku braku stacji pomiarowej IMiGW w najbliższym sąsiedztwie miejsca szkody, bierze się pod uwagę stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ich powstania, świadczące wyraźnie o działaniu deszczu nawalnego;

2) **grad** – opad atmosferyczny w postaci bryłek lodu;

3) **huragan** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s, który wyrządza masowe lub pojedyncze szkody; wystąpienie tego zjawiska powinno być potwierdzone przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej – w przypadku braku możliwości uzyskania potwierdzenia przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ich powstania lub w najbliższym sąsiedztwie, świadczącego działaniu takiego wiatru;

4) **kradzież z włamaniem** – dokonanie lub usiłowanie zaboru przedmiotu ubezpieczenia z zamkniętych pomieszczeń lub bagażnika samochodu:

a) po uprzednim usunięciu siłą i przy pomocy narzędzi istniejących zabezpieczeń z jednoczesnym ich zniszczeniem lub uszkodzeniem lub po utworzeniu tych zabezpieczeń oryginalnym kluczem, utworzeniu tych zabezpieczeń oryginalnym kluczem, który sprawca zdobył w wyniku kradzieży z włamaniem do innego pomieszczenia lub w wyniku rozbój;

b) przez sprawcę, który ukrył się w pomieszczeniu przed jego zamknięciem, jeżeli ubezpieczony nie był w stanie, przy zachowaniu należytej staranności, tego faktu odkryć, a sprawca pozostawił ślady stanowiące dowód jego ukrycia się;

5) **lawina** – gwałtowne zsuwanie, spadanie lub staczanie się masy śniegu, lodu, skał, kamieni, ziemi lub błota ze zboczy górskich bądź falistych;

6) **osunięcie się ziemi** – ruch podłoża na stokach, niespowodowany działalnością ludzką;

7) **powódź** – zalanie terenów na skutek podniesienia się wody w korytach wód płynących lub stojących lub w następstwie podniesienia się poziomu morskich wód przybrzeżnych;

8) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile;

9) **rozbój** – usiłowanie lub dokonanie zaboru w celu przywłaszczenia ubezpieczonego mienia przez sprawcę, który zastosował wobec ubezpieczonego lub osób bliskich przemoc fizyczną lub groźbę jej natychmiastowego użycia albo doprowadził ubezpieczonego lub te osoby do stanu nieprzytomności lub bezbronności; za roz-

bój uważa się również sytuację, kiedy sprawca postępuje jak wyżej opisano bezpośrednio po dokonaniu kradzieży w celu utrzymania się w stanie posiadania zabranej rzeczy;

10) **sprzęt sportowy** – sprzęt wraz z osprzętem niezbędnym do jego prawidłowego funkcjonowania, będący własnością Ubezpieczonego służący do uprawiania sportu - zgodnie z jego przeznaczeniem. Sprzętem sportowym jest również sprzęt sportowy o charakterze profesjonalnym. Sprzętem sportowym nie są elementy odzieży;

11) **sprzęt sportowy o charakterze profesjonalnym** – sprzęt wykorzystywany w celu wyczynowego uprawiania sportu;

12) **uderzenie pioruna** – bezpośrednie wyładowanie elektryczności atmosferycznej na przedmiot ubezpieczenia, powodujące przepływ ładunku elektrycznego przez ten przedmiot;

13) **upadek statku powietrznego** – katastrofa bądź przymusowe lądowanie samolotu lub innego obiektu latającego lub upadek ich części lub przewożonego ładunku na przedmiot ubezpieczenia;

14) **wartość rzeczywista** – wartość odtworzeniowa pomniejszona o stopień zużycia technicznego (amortyzację);

15) **wybuch** – za wybuch uważa się:

a) eksplozję – gwałtowną zmianę stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołanym ich właściwością rozprężania się; w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników, warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest fakt rozdarcia ścian tych naczyń i zbiorników w takich rozmiarach, aby wskutek ujęcia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień;

b) implozję – gwałtowne uszkodzenie zbiornika lub naczynia ciśnieniowego wskutek ciśnienia zewnętrznego przewyższającego znacznie ciśnienie panujące w jego wnętrzu;

16) **wydostanie się wody z urządzeń wodno-kanalizacyjnych** – awaria, na skutek której doszło do wydostania się wody lub pary z przewodów i urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania i innych, cofnięcie się wody lub ścieków z publicznych urządzeń kanalizacyjnych bądź następstwo nieumyślnego pozostawienia otwartych kranów w urządzeniach wodno-kanalizacyjnych (w pomieszczeniach);

17) **wylew wód podziemnych** – wdarcie się wód podziemnych wskutek działania czynników naturalnych lub ruchów wyrobisk górniczych do obiektu budowlanego będącego w posiadaniu ubezpieczonego;

18) **zapadanie się ziemi** – obniżenie się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, niespowodowane działalnością ludzką.

## Suma ubezpieczenia

6. Suma ubezpieczenia sprzętu sportowego wynosi odpowiednio, 1000 zł, 3000 zł, 5000 zł albo 10000 zł i dotyczy wszystkich zdarzeń zaistniałych w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

## Wyłączenia odpowiedzialności

7. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
  - 1) konfiskaty sprzętu sportowego w trakcie odprawy celnej;
  - 2) szkody nieprzekraczające równowartości 200 zł;
  - 3) szkody w sprzęcie sportowym powstałe wskutek jego wad fabrycznych;
  - 4) szkody wynikające z naturalnego zużycia lub eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia na skutek jego normalnego używania.

## Postępowanie w przypadku zajścia zdarzenia

### objętego ochroną ubezpieczeniową

8. W przypadku powstania szkody ubezpieczony zobowiązany jest wykonać wszelkie czynności umożliwiające zebranie i przekazanie do Compensy dokumentów i materiałów, na podstawie których można udowodnić fakt powstania szkody oraz jej wysokość.
9. Ponadto ubezpieczony w przypadku powstania szkody zobowiązany jest:
  - 1) w przypadku kradzieży z włamaniem lub rozboju - w ciągu 24 godzin powiadomić miejscowy organ policji oraz uzyskać pisemne potwierdzenie zgłoszenia z wykazem utraconych przedmiotów;
  - 2) jeżeli szkoda powstała, gdy ubezpieczone mienie znajdowało się w miejscu zakwaterowania, zgłosić ją kierownictwu danego miejsca zakwaterowania oraz uzyskać pisemne potwierdzenie faktu zgłoszenia, z wykazem utraconych przedmiotów oraz danymi kontaktowymi osoby przyjmującej zgłoszenie;
  - 3) zawiadomić właściwego przewoźnika o każdej szkodzie, która powstała w publicznym środku komunikacji, i uzyskać pisemne potwierdzenie faktu zgłoszenia, z wykazem utraconych przedmiotów oraz danymi kontaktowymi osoby przyjmującej zgłoszenie;
  - 4) powiadomić Compensę o powstaniu szkody w ciągu 7 dni od daty uzyskania o niej informacji lub 7 dni od daty powrotu z podróży, a także przedstawić dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Compensy;
  - 5) złożyć w Compensie wykaz zniszczonych lub utraconych przedmiotów, z podaniem ich liczby, wartości i roku nabycia, z załączeniem, jeśli są w posiadaniu ubezpieczonego, paragonów zakupu, rachunków lub kart gwarancyjnych;
10. Jeżeli ubezpieczony odzyskał utracone rzeczy po wypłacie odszkodowania, zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Compensę. Wypłacone za te przedmioty odszkodowanie podlega zwrotowi. Za zgodą Compensy zwrócone

odszkodowanie może być zmniejszone o wartość stwierdzonych uszkodzeń lub braków w odzyskanych przedmiotach, o ile ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności za powstanie tych uszkodzeń lub braków.

11. Ubezpieczony jest obowiązany udzielić wszelkiej pomocy Compensie przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.

## Ustalenie wysokości odszkodowania

12. Wysokość szkody ustala się według udokumentowanej przez ubezpieczonego wartości rzeczywistej przedmiotu szkody.
13. Wartość kosztów naprawy ustala się na podstawie rachunku za naprawę uszkodzonych przedmiotów lub na podstawie przeciętnych cen stosowanych przez zakłady usługowe, z uwzględnieniem rzeczywistych rozmiarów szkody.
14. Koszty naprawy nie mogą przekroczyć wartości rzeczywistej przedmiotu ubezpieczenia.
15. Przedłożone rachunki kosztów naprawy podlegają weryfikacji przez Compensę.
16. Przy ustalaniu wartości szkody nie uwzględnia się wartości naukowej, zabytkowej i kolekcjonerskiej.
17. Od ustalonej wysokości szkody potrąca się równowartość odszkodowań uzyskanych przez ubezpieczonego od innych podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkody.

**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](http://www.wiener.pl)

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