

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE

SPIS TREŚCI

INFORMACJA O ISTOTNYCH POSTANOWIENIACH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE

	2	RODO
Postanowienia ogólne	3	RODO
Ubezpieczenie na cudzy rachunek	3	RODO
Indywidualny zakres ubezpieczenia	3	RODO
Definicje	3	RODO
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4	RODO
Wyłączenia odpowiedzialności towarzystwa	5	RODO
Suma ubezpieczenia	5	RODO
Składka ubezpieczeniowa	5	RODO
Zawarcie umowy ubezpieczenia	6	RODO
Początek i koniec odpowiedzialności	6	RODO
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia	6	RODO
Postępowanie w razie powstania szkody	6	RODO
Refundacja kosztów	7	RODO
Postanowienia dotyczące składania reklamacji	7	RODO
Postanowienia dotyczące składania skarg	8	RODO
Ważne informacje dla ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia	8	RODO
Postanowienia końcowe	8	RODO

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA O ISTOTNYCH POSTANOWIENIACH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
MEDICAL ASSISTANCE

Rodzaj informacji	Numer zapisu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 4 pkt 14, 16, 18, 19; § 5 ust. 1, 2, 3; § 12 ust. 1, 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9; § 7; § 12 ust. 3; § 15 ust. 1

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia medical assistance, zwanych dalej OWU, **COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686 – Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa**, zwana dalej Towarzystwem, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

UBEZPIECZENIE NA CUDZY RACHUNEK

§ 2.

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na własny lub cudzy rachunek.
2. Obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek ciąży zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
3. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia na piśmie lub jeżeli osoba ta wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, jak również poinformować Ubezpiezonego o prawie żądania od Towarzystwa informacji, zgodnie z §16-17;
 - 2) Ubezpieczony może żądać by Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpiezonego; Towarzystwo zobowiązane jest na żądanie Ubezpiezonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób;
 - 3) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Towarzystwa, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło;
 - 4) roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu;
 - 5) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

INDYWIDUALNY ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo warunkach odmiennych od postanowień niniejszych OWU.
2. Warunki odmienne od postanowień niniejszych OWU muszą zostać sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
3. Dokument określający warunki odmienne od postanowień niniejszych OWU stanowi integralną część danej umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 4.

Użyte w niniejszych OWU pojęcia oznaczają:

- 1) **Centrum Alarmowe** – podmiot, który w imieniu Towarzystwa świadczy usługi medical assistance;
- 2) **dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpiezonego, która w chwili wystąpienia wypadku komunikacyjnego nie ukończyła 18 roku życia;

3) **dokument ubezpieczenia** – dokument wydany przez Towarzystwo jako potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;

4) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju Ubezpiezonego;

5) **lekarz Centrum Alarmowego** – lekarz współpracujący z Centrum Alarmowym;

6) **miejsce zamieszkania** – miejsce zamieszkania Ubezpiezonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

7) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu Ubezpiezonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

8) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, która w chwili wystąpienia wypadku komunikacyjnego ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone, wymaga stałej opieki, nie jest samodzielna i nie może sama zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;

9) **opieka nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem** – opieka polegająca na zapewnieniu osobie niesamodzielnej lub dziecku niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa;

10) **opieka nad zwierzętami domowymi** – opieka polegająca na karmieniu zwierzęcia domowego karmą zakupioną przez Ubezpiezonego lub na jego koszt, wyprowadzaniu zwierzęcia na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia albo transport zwierzęcia do osoby wskazanej do opieki lub do najbliższego hotelu dla zwierząt, z wyłączeniem leczenia weterynaryjnego oraz zabiegów pielęgnacyjnych;

11) **osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Ubezpiezonego, w chwili zgłoszenia wypadku komunikacyjnego do Towarzystwa, do sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, dzieckiem lub zwierzętami domowymi;

12) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpiezonego w szpitalu lub innej placówce służby zdrowia dłuższy niż 1 dzień (24 godziny), będący bezpośrednim skutkiem wypadku komunikacyjnego;

13) **rozstrój zdrowia** – spowodowane wypadkiem komunikacyjnym zmiany w organie ciała, które zakłócają jego prawidłowe funkcjonowanie, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu;

14) **szkoda** – majątkowe lub niemajątkowe następstwo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które powstało w okresie odpowiedzialności Towarzystwa bezpośrednio wskutek wypadku komunikacyjnego;

15) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na własny lub cudzy rachunek, zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

16) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, objęta ubezpieczeniem na podstawie zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia, która w chwili wypadku komunikacyjnego była kierowcą lub pasażerem ubezpieczonego pojazdu;

17) **ubezpieczony pojazd** – pojazd wskazany w dokumencie ubezpieczenia, o liczbie miejsc zgodnej z dowodem rejestracyjnym, jednak nie większej niż 9;

18) **usługa medical assistance** – zorganizowanie i pokrycie przez Centrum Alarmowe kosztów opieki medycznej, opieki nad osobą niesamodzielną, dzieckiem oraz zwierzętami domowymi, korepetycji z wybranych przedmiotów, a także infolinii medycznej w związku z wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie odpowiedzialności Towarzystwa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;

19) wypadek komunikacyjny – objęte ubezpieczeniem zdarzenie, polegające na kolizji ubezpieczonego pojazdu z innym pojazdem, zderzeniu ubezpieczonego pojazdu z osobami, zwierzętami, przedmiotami z zewnątrz lub przewróceniu się tego pojazdu, w wyniku czego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; w rozumieniu niniejszych OWU jako uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia nie są traktowane choroby, w tym zawał serca i udar mózgu;

20) zwierzęta domowe – zwierzęta zwyczajowo hodowane w warunkach domowych, przebywające z Ubezpieczonym w jego domu, z wyłączeniem zwierząt hodowanych w celach handlowych lub gospodarczych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów związanych ze świadczeniem Ubezpieczonemu przez Centrum Alarmowe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej usług medical assistance na zasadach, w zakresie i w wysokości przewidzianej w niniejszych OWU, w związku z wystąpieniem w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa wypadku komunikacyjnego.

2. W celu uzyskania usługi medical assistance Ubezpieczający lub Ubezpieczony na obowiązek zgłosić zajście wypadku komunikacyjnego do Centrum Alarmowego pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.

3. W przypadku wystąpienia wypadku komunikacyjnego, Centrum Alarmowe, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zobowiązuje się w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa zorganizować na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i pokryć koszty usług medical assistance, które obejmują:

1) Opiekę medyczną:

a) wizytę lekarza – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium jednorazowej wizyty lekarza pierwszego kontaktu, w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego;

b) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium jednorazowej wizyty pielęgniarki trwającej nie dłużej niż 4 godziny, w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki zgodnej z zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego;

c) transport medyczny – zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego transportu Ubezpieczonego z miejsca wypadku komunikacyjnego, miejsca zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy medycznej;

d) transport medyczny powrotny – zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego transportu Ubezpieczonego ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego;

e) transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego na komisję lekarską oraz transport powrotny;

f) dostarczenie leków – zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego dostarczenia leków do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli według pisemnej opinii lekarza Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego nie może on opuścić miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu; leki wydawane na receptę mogą zostać dostarczone pod warunkiem przekazania przez Ubezpieczonego Centrum Alarmowemu prawidłowo wystawionej przez lekarza recepty na dane leki; koszt leków pokrywa Ubezpieczony;

g) proces rehabilitacji lub pomoc psychologa – Ubezpieczony ma prawo skorzystać z I z poniższych usług, w terminie ustalonym z Centrum Alarmowym:

– **proces rehabilitacji** – zorganizowanie i pokrycie kosztów 3 zabiegów rehabilitacyjnych, w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego skierowania na rehabilitację wystawionego przez lekarza Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, bądź zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu w obie strony specjalisty fizykoterapeuty do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego albo transport w obie strony Ubezpieczonego do placówki medycznej znajdującej się w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego;

– **pomoc psychologa** – zorganizowanie i pokrycie kosztów 3 wizyt psychologa w placówce medycznej znajdującej się w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego na podstawie pisemnego skierowania wystawionego przez lekarza Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, bądź zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu w obie strony Ubezpieczonego do placówki medycznej znajdującej się w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego.

2) Opiekę nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem – Ubezpieczony ma prawo skorzystać z I z poniższych usług, o ile jego pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż 1 dzień (24 godziny) a jest opiekunem osoby niesamodzielnej lub dziecka oraz o ile nie ma drugiej pełnoletniej osoby prowadzącej z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, która mogłaby sprawować opiekę nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem:

a) opieka nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego, na czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, nie dłużej jednak niż przez pierwsze 7 dni od czasu poinformowania Centrum Alarmowego o pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;

b) transport osoby wskazanej do opieki – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obie strony (bilet kolejowy lub bilet autobusowy) dla zamieszkującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki nad osobą niesamodzielną lub dzieckiem z miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki lub do miejsca zamieszkania, lub pobytu Ubezpieczonego;

c) transport osoby niesamodzielnej lub dziecka do osoby wskazanej do opieki – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obie strony (bilet kolejowy lub autobusowy) osoby niesamodzielnej lub dziecka do osoby wskazanej do opieki, zamieszkującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3) Opiekę nad zwierzętami domowymi – Ubezpieczony ma prawo skorzystać z I z poniższych usług, o ile jego pobyt w szpitalu będzie dłuższy niż 1 dzień (24 godziny) a pod jego opieką znajdują się zwierzęta domowe oraz o ile nie ma drugiej pełnoletniej osoby prowadzącej z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, która mogłaby sprawować nad tymi zwierzętami opiekę:

a) opieka nad zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania lub pobytu Ubezpieczonego na czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, nie dłużej jednak niż przez pierwsze 7 dni od czasu poinformowania Centrum Alarmowego o pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;

b) transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu zwierząt domowych do zamieszkującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do opieki albo do hotelu dla zwierząt.

4) Korepetycje z wybranych przedmiotów – zorganizowanie i pokrycie kosztów indywidualnych korepetycji z wybranych przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole przez Ubezpieczonego, w wymiarze do 8 godzin lekcyjnych na jedno i na wszystkie wypadki komunikacyjne w okresie ubezpieczenia na jednego Ubezpieczonego, który w chwili wystąpienia wypadku komunikacyjnego nie ukończył 18 roku życia, o ile brak możliwości uczęszczania Ubezpieczonego do szkoły przez okres dłuższy niż 7 dni potwierdzony został zwolnieniem lekarskim wystawionym przez lekarza Centrum Alarmowego lub lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

5) Infolinię medyczną – całodobowe usługi informacyjne, które obejmują:

- a) ogólną informację medyczną o danym schorzeniu, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa;
- b) informację o bazie aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (adresy, godziny otwarcia oraz numery telefonów);
- c) ogólną informację farmaceutyczną o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działania uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa;
- d) informację o placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- e) informację o placówkach diagnostycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- f) informację o placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- g) informację o placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 6.

1. Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek zasady określone w ust. 1-2 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
4. Towarzystwo nie zwraca kosztów usług, które nie zostały zorganizowane i pokryte przez Centrum Alarmowe, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w § 15 niniejszych OWU.
5. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów usług poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Ubezpieczenie nie obejmuje zwrotu kosztów usług świadczonych przez publiczną służbę zdrowia.
7. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów usług medical assistance, które powstały w związku ze zdarzeniami innymi niż wypadek komunikacyjny lub w ich następstwie.
8. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów usług medical assistance, które powstały wskutek wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów usług medical assistance, które powstały wskutek wypadku komunikacyjnego, jeżeli doszło do niego w związku z:

1) uczestnictwem w rajdach, wyścigach samochodowych, jazdach konkursowych i związanych z nimi treningów;

2) użytkowaniem pojazdu jako rekwizytu;

3) użytkowaniem pojazdu przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), po zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), o ile wypadek komunikacyjny był następstwem pozostawiania przez Ubezpieczonego w powyższym stanie;

4) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień, o ile wypadek komunikacyjny stanowił następstwo braku powyższych uprawnień;

5) usiłowaniami popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego samobójstwa lub samookaleczenia;

6) usiłowaniami popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;

7) wojną, inwazją, wrogimi działaniami obcego państwa, działaniami o charakterze wojennym niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana czy nie, wojną domową, rewolucją, powstaniem, strajkami, aktami sabotażu, zamieszkami wewnętrznymi, wojskowym lub cywilnym zamachem stanu, zorganizowanymi czynami w złym zamiarze osób działających w imieniu lub w powiązaniu z organizacjami politycznymi, spisku, a także konfiskatą, nacjonalizacją, zarekwirowaniem, zajęciem, przetrzymywaniem, zniszczeniem lub uszkodzeniem mienia z nakazu właściwych organów administracyjnych lub sądowych danego państwa;

8) aktami terroru rozumianymi jako indywidualne lub grupowe działania z użyciem siły, przemocy lub groźby jej użycia skierowane przeciwko ludności, lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, działalności zakładów usługowych lub wytwórczych, wywarcia wpływu na rząd dla osiągnięcia celów ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych lub społecznych;

9) działaniem energii jądrowej lub skażeniem radioaktywnym, działaniem promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego;

10) ratowaniem życia innej osoby.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7.

1. Suma ubezpieczenia ustalona jest w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa na jeden i na wszystkie wypadki komunikacyjne, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia ulega każdorazowo pomniejszeniu o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniosło Towarzystwo za świadczenie usługi medical assistance.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8.

1. Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Przy ustalaniu wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się:
 - 1) okres ubezpieczenia;
 - 2) sumę ubezpieczenia;
 - 3) zakres ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa ubezpieczenia doszła do skutku

przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia, w ciągu 14 dni od jego doręczenia, chyba że strony umówiły się inaczej.

4. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego to za dzień zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku Towarzystwa kwotą składki ubezpieczeniowej ustaloną w dokumencie ubezpieczenia.

5. Za zapłatę składki ubezpieczeniowej nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż kwota ustalona w dokumencie ubezpieczenia.

6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9.

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku o ubezpieczenie.

2. Wniosek, o którym mowa w § 9 ust. 1 niniejszych OWU, powinien zawierać co najmniej następujące dane:

1) imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania lub nazwę, NIP, REGON, adres siedziby Ubezpieczającego;

2) numer rejestracyjny pojazdu;

3) okres ubezpieczenia.

3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka.

4. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza wydaniem Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

5. Integralną część umowy ubezpieczenia stanowi dokument ubezpieczenia, wniosek o ubezpieczenie, niniejsze OWU oraz dokument określający warunki odmienne od postanowień niniejszych OWU, o ile takie warunki zostały wprowadzone do umowy ubezpieczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10.

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

2. W przypadku gdy Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka ubezpieczeniowa.

3. W przypadku opłacania składki ubezpieczeniowej w ratach, niezapłacenie w terminie wyznaczonym w dokumencie ubezpieczenia kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa tylko wtedy, gdy po upływie terminu płatności Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z upływem okresu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, chyba że

stosunek ubezpieczenia wygaśnie przed tym terminem na skutek zdarzeń przewidzianych w umowie ubezpieczenia, niniejszych OWU lub przepisach powszechnie obowiązującego prawa.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11.

1. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, który jest konsumentem przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający uprawniony jest do odstąpienia od umowy ubezpieczenia składając na piśmie oświadczenie w tym zakresie w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji określonych w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

2. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE POWSTANIA SZKODY

§ 12.

1. Ubezpieczający ma obowiązek niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania wypadku komunikacyjnego lub uzyskania o nim wiadomości, powiadomić Towarzystwo o wypadku pod numerem telefonu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.

2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek określony w ust. 1 ciąży również na Ubezpieczonym, chyba że nie wiedział on o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.

3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1-2 Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

4. Skutki braku zawiadomienia Towarzystwa o wypadku nie następują, jeżeli Towarzystwo w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymało wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

5. Jeżeli Ubezpieczający z przyczyn niezależnych od siebie nie mógł dopełnić obowiązku określonego w ust. 1, ma on obowiązek powiadomić Towarzystwo o wypadku niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 3 dni od daty ustania przeszkody, która uniemożliwiła kontakt z Towarzystwem. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten ciąży również na Ubezpieczonym, chyba że nie wiedział on o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.

§ 13.

W związku z wykonaniem usługi medical assistance Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:

1) współpracować z Towarzystwem w zakresie niezbędnym do ustalenia istnienia i zakresu odpowiedzialności Towarzystwa;

2) stosować się do zaleceń Towarzystwa związanych ze świadczeniem usług medical assistance.

§ 14.

1. Na wniosek Towarzystwa Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Towarzystwu:

1) informacje niezbędne do wykonania usługi medical assistance, to jest:

- a) imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania Ubezpieczonego, numer kontaktowy do Ubezpieczonego;
 - b) numer umowy ubezpieczenia;
 - c) numer rejestracyjny pojazdu, który uczestniczył w wypadku komunikacyjnym;
 - d) opis wypadku komunikacyjnego i rodzaj koniecznej pomocy;
 - e) dane dotyczące miejsca pobytu Ubezpieczonego.
- 2) dokumenty potwierdzające zajście wypadku komunikacyjnego.

2. Ubezpieczony na żądanie osoby przybyłej w celu wykonania usługi medical assistance obowiązany jest okazać dokument tożsamości ze zdjęciem.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

4. Dokumenty wymagane przez Towarzystwo Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Towarzystwu na własny koszt.

REFUNDACJA KOSZTÓW

§ 15.

1. Towarzystwo nie zwraca kosztów usług, które nie zostały zorganizowane i pokryte przez Centrum Alarmowe, z wyłączeniem przypadku, gdy Ubezpieczający lub Ubezpieczony przed pokryciem kosztów usługi we własnym zakresie uzyskał telefoniczną zgodę Centrum Alarmowego lub gdy kontakt z Centrum Alarmowym był niemożliwy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

2. Z zastrzeżeniem § 15 ust. 1 niniejszych OWU w celu otrzymania zwrotu kosztów usług poniesionych we własnym zakresie Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest złożyć do Towarzystwa pisemny wniosek o refundację wraz z opłaconymi rachunkami lub fakturami. Wniosek o refundację powinien zostać złożony w terminie 14 dni od daty wykonania usługi.

3. Towarzystwo dokonuje refundacji kosztów w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku o refundację poniesionych kosztów.

4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości refundacji kosztów nie było możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI

§ 16.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do wniesienia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę składającą reklamację zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez Towarzystwo.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa klientów.

3. Reklamacja może zostać złożona w formie:

1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie Towarzystwa lub w jednostce terenowej wskazanej w ust. 2 powyżej;

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00;

3) ustnie do protokołu, podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;

4) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.

4. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;

2) adres osoby wnoszącej reklamację;

3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.

5. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.

6. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 6, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:

1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);

2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;

3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

9. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:

1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;

2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

10. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem

może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA SKARG

§ 17.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 16, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności Towarzystwa.

2. Do skargi określonej w ust. 1 zastosowanie znajdują postanowienia § 16 dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 16 ust. 8. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

WAŻNE INFORMACJE DLA UBEZPIECZAJĄCYCH, UBEZPIECZONYCH I UPRAWNIONYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 18.

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

2. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez Towarzystwo Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy ze względu na miejsce siedziby Towarzystwa) albo przed sądem właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy.

4. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.

5. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.

6. Prawem właściwym dla umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

7. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych, osoba będąca konsumentem ma możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów z Towarzystwem, drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w UE, a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE. Platforma znajduje się na stronie: ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to centrala@compensa.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia, wysłane listem poleconym lub dokonywane w inny uzgodniony sposób. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu).

2. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej Towarzystwa.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy.

4. OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S. A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 9/07/2018 z dnia 11.07.2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.08.2018 r.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres email centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Warszawa, ul. Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych);
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	niezbędność do zawarcia lub wykonania umowy między osobą, której dane dotyczą, a administratorem; zgoda na przetwarzanie danych (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych);
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem Administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych.
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
likwidacja szkody z umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędnosc przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych).
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałaniu i ściganiu przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawieraniem umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w jej własnych celach marketingowych	zgoda na przetwarzanie danych

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych

osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia. Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in.: wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, historii szkód, informacji o przedmiocie ubezpieczenia oraz informacji o stanie zdrowia (ubezpieczenia zdrowotne). Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pana/Pani określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących, daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.