

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA POMOCY NA KORZYŚĆ OSÓB, KTÓRE POPADŁY W TRUDNOŚCI W CZASIE PODRÓŻY – ASSISTANCE „SOS” – PROGRAM SERWIS SANTANDER

SPIS TREŚCI

Informacja o istotnych postanowieniach	2
Postanowienia ogólne i definicje	3
Definicje	3
Umowa ubezpieczenia	4
Obowiązki ubezpieczającego	4
Zakres ubezpieczenia – świadczenia assistance	5
Wyłączenia odpowiedzialności	6
Suma ubezpieczenia	7
Składka ubezpieczeniowa	7
Początek i koniec odpowiedzialności	7
Postępowanie w razie zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem	7
Ustalenie i spełnienie świadczeń	8
Roszczenia regresowe	9
Postanowienia dotyczące składania reklamacji	9
Postanowienia dotyczące składania skarg	10
Ważne informacje dla ubezpieczających, ubezpieczonych i uprawnionych z umowy ubezpieczenia	10
Postanowienia końcowe	10
OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	11



**INFORMACJA O ISTOTNYCH POSTANOWIENIACH OGÓLNYCH WARUNKÓW
UBEZPIECZENIA ASSISTANCE „SOS” – PROGRAM SERWIS SANTANDER**

Rodzaj informacji	Numer zapisu OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 pkt: 2, 6, 12, 14, 16, 17; § 3; § 5; § 9 ust. 1; § 10 do § 17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8 ust. 6; § 9 ust. 2; § 11 ust. 1; § 13 ust. 2 i 5; § 15 pkt 1; § 18; § 19; § 22 ust. 3, 4; § 24; § 26 ust. 3



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA POMOCY NA KORZYŚĆ OSÓB, KTÓRE POPADŁY W TRUDNOŚCI W CZASIE PODRÓŻY – ASSISTANCE „SOS” – PROGRAM SERWIS SANTANDER

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia Assistance "SOS" PROGRAM SERWIS SANTANDER (zwane dalej OWU) określają zasady zawierania umów ubezpieczenia assistance przez COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686, Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa zwane dalej Towarzystwem oraz zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

2. OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo z Ubezpieczającymi. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych wymaga formy pisemnej, potwierdzającej ich przyjęcie przez strony umowy, pod rygorem nieważności.

3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony tej umowy, powinny być dokonywane na piśmie i doręczane za pokwitowaniem lub przesyłane listem poleconym, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w OWU lub uzgodnionych przez strony umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2.

Przez określenia użyte w OWU rozumie się (definicje w porządku alfabetycznym):

1) ASO – przedsiębiorca prowadzący autoryzowaną przez producenta działalność w zakresie obsługi samochodów;

2) AWARIA – wadliwe działanie pojazdu lub jego części powodujące nagłe i niespodziewane zakłócenie ich funkcji, jeżeli wynika z przyczyn tkwiących w pojeździe i uniemożliwia ruch pojazdu w sposób bezpieczny lub zgodny z prawem;

3) CENTRUM ALARMOWE – jednostka organizacyjna świadcząca w imieniu Towarzystwa usługi pomocy osobom, które popadły w trudności w czasie podróży, zgodnie z OWU;

4) KOD AZTEC 2D – forma znajdującego się w dowodzie rejestracyjnym graficznego zapisu informacji o pojeździe i jego właścicielu w postaci dwuwymiarowych obrazków złożonych z czarno-białych kwadratów;

5) KANAŁY KOMUNIKACJI – aplikacja mobilna Santander mobile, strona internetowa Santander Bank Polska S.A. www.santander.pl Centrum Telefoniczne Santander Bank Polska S.A. nr tel.: 19999 umożliwiające Ubezpieczającemu wykonanie kalkulacji składki oraz zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach niniejszych OWU;

6) KRADZIEŻ – oznacza jeden lub kilka poniższych czynów:

a) zabór w celu przywłaszczenia cudzego pojazdu, jego części trwale zamontowanych lub wyposażenia, przez osobę nieuprawnioną do korzystania lub rozporządzania tym pojazdem. Pojęcie kradzieży obejmuje działanie sprawcy o znamionach określonych w polskim Kodeksie Karnym, tj. kradzież zwykła (art. 278), kradzież z włamaniem (art. 279), rozbój (art. 280), kradzież rozbójnicza (art. 281), wymuszenie rozbójnicze (art. 282).

b) zniszczenie, uszkodzenie lub uczynienie pojazdu niezdatnym do użytku zaistniałe w związku z usiłowaniem dokonania co najmniej jednego z czynów wskazanych w pkt a, jeżeli uniemożliwiają dalszy

ruch pojazdu w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami o ruchu drogowym;

7) MIEJSCE ZAMIESZKANIA (SIEDZIBA) UBEZPIECZONEGO – miejsce zamieszkania albo siedziba właściciela pojazdu zgodnie z wpisem dokonanym w dowodzie rejestracyjnym albo miejsce zamieszkania osoby upoważnionej do korzystania z pojazdu;

8) OKRES EKSPLOATACJI POJAZDU – okres przyjęty do celów umowy ubezpieczenia, liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu do pierwszego dnia obowiązywania umowy ubezpieczenia;

9) PILOT – osoba skierowana na miejsce zdarzenia przez Centrum Alarmowe;

10) POJAZD – przeznaczony do poruszania się po drodze zgodnie z przepisami prawa o ruchu drogowym oraz zarejestrowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej samochód osobowy, samochód wyprodukowany w karoserii samochodu osobowego typu van (niezależnie od sposobu jego zarejestrowania) oraz samochód ciężarowy o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, którego okres eksploatacji nie przekracza 15 lat;

11) SANTANDER – Santander Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, będący agentem ubezpieczeniowym Towarzystwa;

12) UBEZPIECZAJĄCY – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;

13) UBEZPIECZONY – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia;

14) UNIERUCHOMIENIE POJAZDU – utrata, uszkodzenie, zatrzaśnięcie wewnątrz pojazdu kluczyków lub sterowników służących do otwarcia lub uruchomienia pojazdu, a także rozładowanie akumulatora, przebicie opony, zatankowanie niewłaściwego paliwa lub brak paliwa w zbiorniku pojazdu, jeżeli uniemożliwia samodzielny ruch pojazdu w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami o ruchu drogowym;

15) UMOWA UBEZPIECZENIA – umowa, w której Towarzystwo zobowiązuje się do spełnienia odpowiedniego świadczenia assistance, jeżeli zajdzie zdarzenie określone w OWU, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacenia składki;

16) WYPADEK – następujące zdarzenia drogowe:

a) zderzenie z pojazdem lub osobą, lub zwierzęciem lub przedmiotem;

b) wywrócenie lub spadek pojazdu ze skarpy;

c) wybuch lub pożar pojazdu;

d) zniszczenie lub uszkodzenie pojazdu wskutek działania sił przyrody w tym także zwierząt jeżeli ich wystąpienie uniemożliwia dalszy ruch pojazdu w sposób bezpieczny i zgodny z przepisami o ruchu drogowym;

17) ZDARZENIE – kradzież, wypadek, awaria lub unieruchomienie pojazdu.

§ 3.

Przez zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się spełnić na rzecz Ubezpieczonych świadczenie assistance, o którym mowa w § 9, o ile potrzeba jego wynika z wystąpienia jednego z zdarzeń objętych ubezpieczeniem.



§ 4.

Umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek Ubezpieczonych, to jest osób podróżujących pojazdem za zgodą właściciela pojazdu w liczbie nieprzekraczającej liczby miejsc wskazanych w dowodzie rejestracyjnym pojazdu. W przypadku, gdy w momencie zdarzenia w pojeździe przewożona była większa liczba pasażerów niż dopuszczalna, Ubezpieczony będący kierującym wskazuje osoby uprawnione do otrzymania świadczenia assistance.

§ 5.

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli do zdarzenia doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jednego z następujących państw: Andory, Austrii, Belgii, Bułgarii, Certy, Chorwacji, Cypru, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Izraela, Lichtensteinu, Litwy, Luksemburga, Łotwy, Macedonii, Malty, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rumunii, San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Tunezji, europejskiej części Turcji, Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 6.

1. Umowa ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU może zostać zawarta z wykorzystaniem Kanałów Komunikacji.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego.

3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego, po wypełnieniu formularza wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dostarczonego przez Towarzystwo. Wniosek stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

4. Umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU nie mogą zostać objęte następujące rodzaje pojazdów:

- a) pojazd przerobiony bez zgody producenta;
- b) pojazd przystosowany do uczestnictwa w ruchu jako pojazd uprzywilejowany, pojazd specjalny lub używany do celów specjalnych, a w szczególności:

1) ambulans;

2) karawan;

3) pojazd używany przez Siły Zbrojne, Państwową lub Ochotniczą Straż Pożarną, Policję, Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Straż Graniczną.

5. Ponadto, o ile nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU nie mogą zostać objęte następujące rodzaje pojazdów:

1) pojazdy wynajmowane zarobkowo;

2) pojazdy wykorzystywane do nauki jazdy;

3) pojazdy wykorzystywane do zarobkowego przewozu osób (np. TAXI).

6. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).

7. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.

§ 7.

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 zawarta została 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 ubezpieczenia 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.

3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. 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 Ubezpieczonego o prawie żądania od Towarzystwa informacji, zgodnie z §27 i §28;

2) Ubezpieczony może żądać by Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; Towarzystwo zobowiązane jest na żądanie Ubezpieczonego, 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.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 8.

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które został zapytany w formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela powyższy obowiązek ciąży na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

2. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest okazać następujące dokumenty:

1) dowód rejestracyjny, z którego po zbliżeniu do czytnika pobierane są z kodu 2D AZTEC dane o pojeździe oraz jego właścicielu; na podstawie pobranych danych wyliczana jest wysokość składki ubezpieczeniowej;

2) karta pojazdu (jeżeli była wydana).

3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia do obowiązków Ubezpieczającego, a jeżeli zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela to jego przedstawiciela, należy niezwłoczne informowanie o każdej zmianie okoliczności, o której mowa w ust. 1.

4. Ponadto, w czasie trwania umowy ubezpieczenia do obowiązków Ubezpieczającego lub przedstawiciela, o którym mowa w ust. 1, należy niezwłoczne informowanie o:

1) wszelkich zmianach danych zawartych w dowodzie rejestracyjnym pojazdu;

2) zbyciu lub wyrejestrowaniu pojazdu.

5. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, to obowiązki, o których mowa w ust. 1, 3 i 4, spoczywają zarówno



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

6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia powyższych obowiązków doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron umowy może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia.

8. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w ust. 7, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

ZAKRES UBEZPIECZENIA – ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

§ 9.

1. Świadczenia assistance polegają na udzieleniu w następstwie zdarzenia pomocy w zakresie:

- 1) naprawy ubezpieczonego pojazdu na miejscu zdarzenia lub
- 2) holowania ubezpieczonego pojazdu, a jeżeli pojazd nie może być naprawiony tego samego dnia także:
 - a) wynajmu samochodu zastępczego albo;
 - b) przewozu Ubezpieczonych albo;
 - c) zakwaterowania;
- 3) odbioru albo doprowadzenia naprawionego pojazdu lub;
- 4) dostawy części zamiennych.

2. W związku z tym samym zdarzeniem Ubezpieczony może skorzystać tylko z jednego ze świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2 ppkt a, b lub c.

3. Towarzystwo nie zwraca kosztów poniesionych bez uprzedniej zgody Centrum Alarmowego, chyba że Centrum Alarmowe nie przystąpiło do spełnienia świadczenia w okresie 2 godzin od chwili zawiadomienia o zdarzeniu lub zaszły okoliczności wskazane w ust. 4.

4. Jeżeli z okoliczności sprawy wynika, że osoba uprawniona do korzystania z pojazdu z przyczyn obiektywnych nie była w stanie zgłosić zdarzenia do Centrum Alarmowego niezwłocznie po jego zajściu, Towarzystwo dokona refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów do wysokości, w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było bezpośrednio zorganizowane i opłacone przez Centrum Alarmowe.

5. W przypadku spełnienia przez Centrum Alarmowe świadczenia danego rodzaju, Ubezpieczonemu oraz osobom podróżującym pojazdem nie przysługuje prawo do ponownego skorzystania ze świadczenia tego samego rodzaju, w odniesieniu do zdarzenia, w następstwie którego spełnione zostało ww. świadczenie.

§ 10.

Pomoc w zakresie naprawy pojazdu na miejscu zdarzenia obejmuje usunięcie usterki technicznej przez Pilota skierowanego przez Centrum Alarmowe do miejsca zdarzenia, jeżeli jej usunięcie nie wymaga naprawy w ASO lub innym zakładzie naprawczym. Towarzystwo nie pokrywa kosztów części zamiennych oraz innych środków i materiałów użytych do naprawy, w tym dostarczonego paliwa.

§ 11.

1. Jeżeli naprawa pojazdu na miejscu zdarzenia jest niemożliwa, Towarzystwo zapewnia pomoc w zakresie holowania pojazdu i obejmuje odholowanie pojazdu z miejsca zdarzenia do:

- 1) najbliższego ASO albo do innego zakładu naprawczego mechaniki pojazdowej;
albo
- 2) dowolnego miejsca wskazanego przez Ubezpieczającego, jednak nie dalej niż na odległość 150 km;
albo
- 3) dowolnego miejsca wskazanego przez Ubezpieczającego, jednak nie dalej niż na odległość 300 km.

2. Wybór maksymalnego dystansu holowania spośród wskazanych w pkt 1 – 3 powyżej dokonywany jest przez Ubezpieczającego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, w formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

3. Zawarcie umowy ubezpieczenia, w zakresie o którym mowa w pkt 2 i 3, jest możliwe jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem strony internetowej SANTANDER lub Centrum Telefonicznego SANTANDER.

4. W przypadku, gdy holowanie ubezpieczonego pojazdu odbywać się będzie poza godzinami pracy ASO lub w dzień wolny od pracy i z jakichkolwiek przyczyn nie będzie można należycie zabezpieczyć ubezpieczonego pojazdu po zajściu zdarzenia, do czasu otwarcia ASO zorganizowany zostanie transport pojazdu na parking strzeżony. Koszty transportu pojazdu na parking strzeżony oraz z parkingu strzeżonego do ASO oraz koszty parkowania ubezpieczonego pojazdu pokrywa Towarzystwo. Koszty transportu ubezpieczonego pojazdu pokrywane będą do ich rzeczywistej wysokości, a koszty parkowania objęte są ubezpieczeniem przez okres maksymalnie 3 dób do wysokości 50 zł za jedną dobę na terenie RP i 30 EURO za jedną dobę za granicą.

§ 12.

1. Pomoc w zakresie odbioru albo doprowadzenia naprawionego pojazdu, przewozu osób podróżujących pojazdem oraz ich zakwaterowania, dostawy części zamiennych przysługuje, jeżeli spełnione zostały łącznie poniższe warunki:

- 1) pojazd znajduje się dalej niż 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) Ubezpieczonego;
- 2) Ubezpieczony korzystał w związku ze zdarzeniem objętym ubezpieczeniem ze świadczenia holowania;
- 3) pojazd nie może być naprawiony w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie.

2. Spełnienie warunków określonych w ust. 1 pkt 2 i 3 nie dotyczy sytuacji, kiedy pojazd został utracony w wyniku kradzieży. W przypadku kradzieży pojazdu, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o utracie pojazdu policję i udokumentować zgłoszenie zdarzenia policji poprzez przesłanie kopii zawiadomienia Towarzystwu.

§ 13.

1. Pomoc w zakresie pojazdu zastępczego przysługuje, jeżeli spełniony został co najmniej jeden z poniższych warunków:

- 1) holowanie ubezpieczonego pojazdu;
- 2) ubezpieczony pojazd nie może być naprawiony w dniu, w którym doszło do zdarzenia;
- 3) pojazd został utracony w wyniku kradzieży.

W przypadku kradzieży pojazdu, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o utracie pojazdu policję i udokumentować



zgłoszenie zdarzenia policji poprzez przesłanie kopii zawiadomienia Towarzystwu.

2. Świadczenie obejmuje wynajem pojazdu zastępczego na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu, jednak nie dłużej niż:

1) na okres 3 dni;

albo

2) na okres 3 albo 7 albo 14 albo 21 dni.

Wybór maksymalnego okresu wynajmu pojazdu zastępczego, spośród wskazanych w pkt 2 powyżej, dokonywany jest przez Ubezpieczającego przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, w formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie w zakresie pojazdu zastępczego obejmuje podstawienie i odbiór wynajętego pojazdu zastępczego.

Zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w pkt 2, jest możliwe jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem strony internetowej SANTANDER lub Centrum Telefonicznego SANTANDER.

3. Towarzystwo zapewnia pojazd zastępczy podobnej klasy co pojazd uszkodzony, z uwzględnieniem stanu posiadania najbliższej od miejsca zdarzenia wypożyczalni samochodów. Umowa najmu pojazdu zawierana jest bezpośrednio pomiędzy Ubezpieczonym a wypożyczalnią samochodów i Ubezpieczony zobowiązany będzie do spełnienia wszystkich warunków stawianych przez podmiot świadczący usługi wynajmu pojazdów, w tym użycia swojej karty kredytowej celem dokonania zabezpieczenia lub złożenia depozytu pieniężnego.

4. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty wynajmu pojazdu zastępczego wraz z kierowcą, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:

1) pojazd jest specjalnie zaadaptowanym pojazdem inwalidzkim;

2) żadna z osób, które podróżowały pojazdem nie może kierować samochodem zastępczym.

5. Jeżeli pojazd jest samochodem ciężarowym, Ubezpieczonemu przysługuje zamiast świadczeń wskazanych w niniejszym paragrafie zwrot rzeczywiście poniesionych kosztów wynajmu innego samochodu. Zwrot przysługuje:

1) do wysokości równowartości 50 € za każdy dzień wynajmu samochodu zastępczego;

2) za okres wynajmu samochodu zastępczego na czas naprawy pojazdu, jednak nie dłużej niż wybrany przez Ubezpieczającego, zgodnie z ust. 2.

§ 14.

1. Pomoc w zakresie przewozu osób podróżujących pojazdem obejmuje przewóz (wedle wyboru Ubezpieczonego):

1) do miejsca docelowej podróży;

2) do miejsca zamieszkania (siedziby) Ubezpieczonego.

2. Przewóz odbywa się koleją – wagonami pierwszej klasy, jeżeli:

1) przewóz odbywa się wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) trasa przewozu nie przekracza 1 000 km.

W pozostałych przypadkach przewóz odbywa się samolotem w klasie ekonomicznej.

3. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszt dojazdu Ubezpieczonych do danego środka transportu.

§ 15.

Pomoc w zakresie zakwaterowania obejmuje:

1) wynajem miejsc noclegowych w najbliższym hotelu średniej kategorii (dwu lub trzygwiazdkowym, zgodnie ze standardami w danym kraju)

dla każdego Ubezpieczonego do czasu naprawienia pojazdu, jednak nie dłużej niż przez 3 doby hotelowe, w tym jedno śniadanie hotelowe na dobę dla każdego Ubezpieczonego, oraz

2) przewóz Ubezpieczonego do hotelu z miejsca zdarzenia.

§ 16.

Pomoc w zakresie odbioru albo doprowadzenia naprawionego pojazdu (wedle wyboru Ubezpieczonego) polega na:

1) przewozie jednej osoby wskazanej przez Ubezpieczonego będącego właścicielem pojazdu albo osobą upoważnioną przez właściciela pojazdu do korzystania z pojazdu (z odległości nie większej niż miejsce, do którego Towarzystwo obowiązane było świadczyć przewóz Ubezpieczonego w ramach świadczenia określonego w § 14) do miejsca, gdzie znajduje się naprawiony pojazd. W tym zakresie stosuje się odpowiednio postanowienia § 14 ust. 2;

2) doprowadzeniu naprawionego pojazdu do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego będącego właścicielem pojazdu albo osobą upoważnioną przez właściciela pojazdu do korzystania z pojazdu, nie dalej jednak niż do miejsca, do którego Towarzystwo obowiązane było pokryć koszty przewozu tego Ubezpieczonego w ramach świadczenia określonego w § 14. Pojazd doprowadza kierowca wskazany przez Towarzystwo na koszt Ubezpieczonego będącego właścicielem pojazdu albo osobą upoważnioną przez właściciela pojazdu do korzystania z pojazdu.

§ 17.

1. Pomoc w zakresie organizacji dostawy części zamiennych koniecznych do naprawy pojazdu obejmuje zorganizowanie zakupu i dowóz wskazanych przez Ubezpieczonego będącego właścicielem pojazdu albo osobą upoważnioną przez właściciela pojazdu do korzystania z pojazdu części zamiennych. Świadczenie przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały poniższe warunki:

1) zdarzenie nastąpiło za granicą;

2) części nie są dostępne w miejscu naprawy;

3) Ubezpieczony wskazał odbiorcę części.

2. Na życzenie ww. Ubezpieczonego Towarzystwo składa zamówienie i dostarcza części pod wskazany adres. Koszt zakupu części, ich transport i ewentualne opłaty celne obciążają Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 18.

1. Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczający albo osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym wyrządził szkodę umyślnie. Jeśli szkoda powstała wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

2. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek zasady określone w ust. 1 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczeniem nie są objęte zdarzenia:

1) powstałe wskutek następstw działań wojennych lub o charakterze wojennym (bez względu na to czy wojna została wypowiedziana czy nie), wojny domowej, inwazji, wrogich działań obcego państwa, rebelii, rewolucji, powstania, rozruchów, zamieszek, strajków, lokautów, aktów sabotażu, zamieszek wewnętrznych, wojskowego lub cywilnego zamachu stanu, zorganizowanych działań lub działań w złym zamiarze osób działających w imieniu lub w powiązaniu z organizacjami politycznymi, spisku, konfiskaty, rekwizycji, zajęcia,



zniszczenia lub uszkodzenia z nakazu organów sprawujących władzę;

2) powstałe w następstwie znajdowania się przez Ubezpieczającego w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 roku, poz. 487), narkotyków, innych środków odurzających lub leków o podobnym działaniu, jeżeli osoba ta wiedziała lub winna była wiedzieć o takim działaniu leku, w szczególności, gdy adnotacja na opakowaniu leku lub ulotka informowała o wpływie leku na zdolność do prowadzenia pojazdów, chyba że szkoda nie była następstwem pozostawania w tym stanie;

3) powstałe w następstwie użycia pojazdu w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego;

4) zaistniałe w wyniku zużycia eksploatacyjnego, tj. powstałe w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia;

5) powstałe w następstwie użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, a także zaistniałe na skutek niewłaściwego załadowania lub przewożenia ładunku lub bagażu;

6) powstałe w następstwie zdarzenia, które zaistniało na skutek nieprawidłowego stanu technicznego ubezpieczonego pojazdu, jeżeli pojazd ten pomimo wymogów prawno-administracyjnych nie miał w dacie zdarzenia skutkującego powstaniem szkody ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego;

7) jeżeli w chwili zdarzenia pojazdem podróżowała większa liczba osób niż liczba miejsc wskazana w dowodzie rejestracyjnym pojazdu, o ile było to przyczyną zdarzenia – chyba, że wynikało to z potrzeby ratowania życia lub zdrowia ludzkiego;

8) będących następstwem użycia pojazdu w związku z przeprowadzaniem zgromadzeń publicznych, akcji protestacyjnych, demonstracji, blokad dróg;

9) wynikające z awarii, w związku z którą Towarzystwo udzielało pomocy w ramach umowy ubezpieczenia, jeżeli było to następstwem nieusunięcia ich przyczyny po spełnieniu przez Towarzystwo świadczenia;

10) będące skutkiem normalnego zużycia eksploatacyjnego części;

11) będące skutkiem braku materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do obsługi pojazdu, takich jak smary lub płyny. Wyłączenie to nie dotyczy paliwa, którego brak jest traktowany jako zdarzenie powodujące unieruchomienie pojazdu.

4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem nie są objęte zdarzenia powstałe:

1) podczas wyścigów, rajdów, jazd konkursowych i związanych z nimi treningów;

2) podczas używania pojazdu jako rekwizytu;

3) podczas jazd próbnych.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 19.

Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa i wynosi równowartość 10 000 € dla jednego zdarzenia. Jeżeli przed zgłoszeniem zdarzenia wystąpiły dwa lub więcej zdarzenia uważa się je za jedno zdarzenie, chyba że od pierwszego z tych zdarzeń do zgłoszenia zdarzenia upłynęło więcej niż 12 godzin.

Do obliczenia równowartości w złotych polskich przyjmuje się średni kurs EURO ogłaszany przez Narodowy Bank Polski z dnia wystąpienia zdarzenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 20.

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, według taryfy obowiązującej w dniu

zawarcia umowy ubezpieczenia, w oparciu o poniższe kryteria:

1) rodzaj pojazdu;

2) okres eksploatacji pojazdu;

3) maksymalny okres wynajmu samochodu zastępczego o którym mowa w § 13;

4) maksymalny dystans holowania o którym mowa w § 11.

2. Składka jest opłacana jednorazowo albo w ratach według zasad określonych w taryfie składek, w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres krótszy niż 12 miesięcy, składka płatna jest jednorazowo.

3. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 21.

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

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

3. W przypadku opłacania składki w ratach i niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w polisie Towarzystwo może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty składki z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z chwilą wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

1) w dniu oznaczonym w dokumencie ubezpieczenia jako koniec okresu ubezpieczenia;

2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;

3) w terminie określonym w ust. 3;

4) z dniem utraty własności pojazdu przez osobę, będącą jego właścicielem w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, chyba że zbycie pojazdu następuje w ramach umowy leasingowej na rzecz korzystającego lub umowy kredytowej na rzecz kredytobiorcy;

5) z dniem wyrejestrowania pojazdu.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA

OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM

§ 22.

1. W razie zaistnienia zdarzenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu obowiązany jest:

1) przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku;

2) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.

2. Po zaistnieniu zdarzenia Ubezpieczający, lub Ubezpieczony zobowiązany jest:

1) niezwłocznie, nie później niż 24h od pozyskania wiedzy o zdarzeniu, zawiadomić Centrum Alarmowe o zdarzeniu (zgłaszając szkodę pod



nr telefonu wskazany w dokumencie ubezpieczenia) oraz udzielić informacji i wyjaśnień dotyczących zdarzenia niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Towarzystwa;

2) udzielić Pilotowi przybytemu na miejsce zdarzenia wszelkich niezbędnych pełnomocnictw;

3) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wykonał obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

4. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie dokonają zgłoszenia szkody w terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków wypadku, Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie. Wskazane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia Towarzystwo otrzymało wiadomość o okolicznościach, które Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązani byli podać do jego wiadomości.

5. Ubezpieczający obowiązany jest do współdziałania z Towarzystwem w toku czynności zmierzających do ustalenia zasadności roszczeń i rozmiaru szkody, jak również do udzielenia wszelkiej pomocy w dochodzeniu roszczeń przeciwko sprawcy szkody, w tym zabezpieczenia możliwości dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

6. Obowiązek zawarty w ust. 5 spoczywa także na Ubezpieczonym w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

USTALENIE I SPEŁNIENIE ŚWIADCZEŃ

§ 23.

1. W zakresie ubezpieczenia assistance Towarzystwo pokrywa koszty wykonania zorganizowanych przez siebie w ramach umowy ubezpieczenia usług na podstawie rachunków wystawionych przez usługodawców.

2. W powyższym zakresie Towarzystwo rozlicza się bezpośrednio z Centrum Alarmowym.

3. Centrum Alarmowe wykonuje w imieniu Towarzystwa czynności w zakresie ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, jak również rozmiarów szkody i świadczenia.

§ 24.

1. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony bez swojej winy nie zawiadomił Centrum Alarmowego o zdarzeniu w czasie umożliwiającym udzielenie pomocy w zakresie ubezpieczenia assistance albo Centrum Alarmowe nie przystąpiło do spełniania świadczenia w okresie 2 godzin od chwili zawiadomienia o zdarzeniu lub wyraziło zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę, Towarzystwo zrefunduje poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego koszty do wysokości kosztów, jakie zostałyby poniesione, gdyby dane świadczenie zostało bezpośrednio zrealizowane i opłacone przez Centrum Alarmowe.

2. Jeżeli koszty świadczenia zostały poniesione w walucie zagranicznej, to wysokość refundacji jest obliczana w złotych polskich (PLN) przy uwzględnieniu kursu waluty zagranicznej ogłoszonego przez NBP na dzień poniesienia kosztów świadczenia.

3. Wniosek o refundację, o której mowa w ust. 1, powinien zostać zgłoszony w terminie 7 dni od daty ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Alarmowego. Centrum Alarmowe zobowiązane jest do rozpatrzenia wniosku o refundację w terminie 30 dni.

§ 25.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy.

3. Postanowień ust. 1 i 2 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy w zakresie ubezpieczenia assistance, jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

4. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania (świadczenia) okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, to odszkodowanie (świadczenie) powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania (świadczenia) Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4.

6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4 lub 5 Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także powinno wypłacić bezsporną część świadczenia.

7. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia; informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

8. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

9. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 8, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.



10. Sposób:

- 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 8,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 8 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 8
- nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 8.

11. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 8, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

12. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 8, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy.

13. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w ustępach powyżej, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

14. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części, Towarzystwo zobowiązane jest przekazać informację o powyższym w terminach określonych w ust. 4 bądź 5 oraz zgodnie z zasadami określonymi w ust. 7.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 26.

1. Z dniem spełnienia świadczenia przez Towarzystwo roszczenie Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za zdarzenie przechodzi z mocy prawa na Towarzystwo do wysokości spełnionego świadczenia. Jeżeli Towarzystwo pokryło tylko część skutków zdarzenia, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Towarzystwa.

2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający zrzekł się roszczeń do sprawy lub je ograniczył, Towarzystwo może odmówić spełnienia świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się roszczenia lub jego ograniczenie zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, Towarzystwu przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczającego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.

4. Zasady wynikające z ust. 1-3 stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek.

POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI

§ 27.

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

§ 28.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 27, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności Towarzystwa.

2. Do skargi określonej w ust. 1 zastosowanie znajdują postanowienia § 27 dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 27 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

§ 29.

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 właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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

§ 30.

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 5/09/2018 z dnia 06.09.2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 08.09.2018 r.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Jarosław Szwaigier
Zastępca Prezesa Zarządu



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; niezbędność 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 zawieraną 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.