



Ubezpieczenie Biznes&Podróż



- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Biznes&Podróż

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

ERGO
HESTIA®

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes&Podróż

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Biznes&Podróż** z dnia 24 września 2018 r. (kod: PAT/OW071/1809). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie kosztów leczenia podczas podróży i assistance (grupa 1 ubezpieczenie choroby); ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (grupa 2 ubezpieczenie wypadków); ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym (grupa 13 ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ogólnej); ubezpieczenie bagażu oraz ubezpieczenie sprzętu sportowego (grupa 9 ubezpieczenie obejmujące pozostałe szkody rzeczowe wywołane przez inne przyczyny jak np. kradzież); wszystkie wymienione ubezpieczenia to ubezpieczenia majątkowe z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie kierowane jest do osób delegowanych w podróż służbową; jak również do pracowników Ubezpieczającego w związku z wykonywaniem pracy, a także do osób, które wyczynowo uprawiają sport
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje zgon lub następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego;
- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej następstw nieszczęśliwych wypadków obejmuje wypłaty świadczeń z tytułu zgonu, trwałego uszczerbku na zdrowiu, nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, odbudowy stomatologicznej zębów, przeszkolenia zawodowego inwalidów oraz assistance na terenie RP;
- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej następstw nieszczęśliwych wypadków, za opłatą dodatkowej składki, zostanie rozszerzony o następujące świadczenia: zasiłek dzienny z tytułu pełnej, czasowej niezdolności do pracy lub nauki, koszty leczenia, rehabilitacji i operacji plastycznej poniesione na terenie RP, dzienne świadczenie szpitalne oraz jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywanej pracy, a także o zdarzenia związane z zawałem serca lub udarem mózgu, wyczynowym uprawianiem sportu oraz o zdarzenia powstałe na skutek ataków terrorystycznych;
- ✓ Sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określa się w umowie ubezpieczenia;
- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty leczenia poniesione przez Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w czasie pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu;
- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej kosztów leczenia podczas podróży, za opłatą dodatkowej składki, zostanie rozszerzony o wykonywanie pracy fizycznej, uprawianie sportów wysokiego ryzyka, wyczynowe uprawianie sportów, ataki terroryzmu i choroby przewlekłe;
- ✓ Wykupując ubezpieczenie kosztów leczenia podczas podróży Ubezpieczony obejmowany jest także ubezpieczeniami: kosztów transportu i repatriacji, kosztów ratownictwa, odpowiedzialności cywilnej w mieniu i na osobie, bagażu oraz kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy assistance i sprzętu narciarskiego;



Z czego nie obejmuje ubezpieczenie?

W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- ✗ szkód powstałych w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³;
- ✗ zatruc przewodu pokarmowego;
- ✗ szkód doznanych w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną i innymi środkami odurzającymi;
- ✗ zwrotu kosztów zakupu implantów i implantacji;
- ✗ samookaleczenia.






W ubezpieczeniu kosztów leczenia podczas podróży ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- ✗ kosztów leczenia przekraczających zakres niezbędny do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót lub przewóz do kraju stałego pobytu
- ✗ szkód wyrządzonych umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- ✗ kosztów tłumaczenia dokumentacji medycznej;
- ✗ uprawiania sportów ekstremalnych;
- ✗ operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego;
- ✗ jazd próbnych, rajdów oraz wyścigów samochodowych i motorowych;
- ✗ zwrotu kosztów rozmów telefonicznych.

W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podczas podróży ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- ✗ roszczeń o wykonanie umów oraz o zwrot kosztów poniesionych w związku z wykonaniem umów;
- ✗ szkód związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, a także wyrządzone przez rzeczy dostarczone lub wytworzone przez Ubezpieczającego albo prace lub usługi przez niego wykonane;
- ✗ szkód związanych z ruchem pojazdów lub prowadzeniem gospodarstwa rolnego, w zakresie objętym systemem ubezpieczeń obowiązkowych;
- ✗ szkód powstałych wskutek uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych Ubezpieczającego;
- ✗ wyrządzonych osobom bliskim wobec ubezpieczonego albo osobom przez niego zatrudnionym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia;
- ✗ szkód polegających na wystąpieniu czystych strat finansowych niezwiązanych ze szkodą w mieniu ani na osobie;
- ✗ szkód powstałych w wartościach pieniężnych, dokumentach, planach, zbiorach archiwalnych, filatelistycznych, numizmatycznych albo dziełach sztuki;
- ✗ pokrycia grzywien i kar administracyjnych lub sądowych oraz innych kar o charakterze pieniężnym nałożonym na Ubezpieczającego.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sumę ubezpieczenia kosztów leczenia podczas podróży, określa się w zależności od wariantu: 50 000 PLN, 150 000 PLN, 500 000 PLN; ✓ Sumę ubezpieczenia kosztów transportu i repatriacji określa się do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia w zależności od wariantu; ✓ Suma ubezpieczenia kosztów ratownictwa wynosi 15 000 PLN; ✓ Sumę ubezpieczenia bagażu określa się w zależności od wariantu: 1 000 PLN, 2 000 PLN, 5 000 PLN; ✓ Sumę ubezpieczenia OC określa się w zależności od wariantu: szkody w mieniu 50 000 PLN, 250 000 PLN; szkody na osobie 100 000 PLN, 500 000 PLN; ✓ Suma ubezpieczenia dla sprzętu narciarskiego może wynieść 2 500 PLN lub 5 000 PLN, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. 	<p>W ubezpieczeniu bagażu podczas podróży ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ wartości pieniężnych, papierów wartościowych, kart płatniczych, dokumentów urzędowych i prywatnych; ✗ szkód w bagażu polegających wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu waliz, kufrów oraz innych pojemników bagażu; ✗ szkód w bagażu polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy w związku z ich użytkowaniem. <p>W ubezpieczeniu sprzętu narciarskiego ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ szkód polegających na utracie wartości przedmiotu ubezpieczenia lub jego walorów estetycznych, które nie powodują brak u możliwości dalszego użytkowania sprzętu narciarskiego z jego przeznaczeniem;
	<p> Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?</p> <p>Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków ulega ograniczeniu w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! szkód powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa albo samobójstwa; ! śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową; ! szkód powstałych w wyniku infekcji, chyba że Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia. <p>Ubezpieczenie kosztów leczenia podczas podróży ulega ograniczeniu w zakresie kosztów powstałych w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! zniszczeniem, konfiskatą, nacjonalizacją, przetrzymywaniem lub zarekwirowaniem mienia przez organy celne lub inne władze; ! podróżowaniem szałkami powietrznymi, z wyłączeniem przelotów w charakterze pasażera, o ile lot wykonywany był zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; ! powikłaniami występującymi od 32 tygodnia ciąży; ! porodem, który nastąpił po 32 tygodniu ciąży; ! zabiegiem usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia; ! operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym; ! wyrządzeniem umyślnie szkody lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności; ! wyrządzeniem umyślnie szkody przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym <p>Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ulega ograniczeniu w zakresie szkód:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! związanych z użytkowaniem statków oraz urządzeń latających i pływających z wyjątkiem sprzętu napędzanego siłą wiatru lub siłą fizyczną osoby Ubezpieczonej; ! powstałych w ładunku, wynikłych z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji; ! za które Ubezpieczający jest odpowiedzialny wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z obowiązujących przepisów prawa; ! które mogą być pokryte z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z innym Ubezpieczycielem na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia; ! wynikłych z przeniesienia chorób zakaźnych, o których istnieniu Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć; ! w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczony korzystał na podstawie najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego.

		<p>Ubezpieczenie bagażu ulega ograniczeniu w zakresie szkód:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! powstałych wskutek kradzieży zwykłej; ! polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie przedmiotów wartościowych, które nie znajdowały się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego; ! powstałych w bagażu, który znajdował się w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego, jakim jest namiot; ! powstałych w bagażu, który był widoczny w pojeździe samochodowym lub przyczepie kempingowej <p>Ubezpieczenie sprzętu narciarskiego ulega ograniczeniu w zakresie szkód:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! powstałych w sprzęcie narciarskim podczas jazdy na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi; ! powstałych w sprzęcie narciarskim podczas używania niezgodnie z jego przeznaczeniem.
	<p>Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ w przypadku NNW, na całym świecie. ✓ w przypadku Kosztów Leczenia podczas podróży, poza granicami RP oraz poza krajem stałego pobytu. 	
	<p>Co należy do obowiązków ubezpieczonego?</p> <p>Obowiązki na początku umowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek <p>Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia składki; - Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać wszelkie zmiany okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości; - Ubezpieczony ma obowiązek użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżeniu szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów; <p>W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - powiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości; - dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty i rachunki niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia; - podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem. - stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw oraz umożliwić mu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień. 	
	<p>Jak i kiedy należy opłacać składki?</p> <p>Składkę lub jej pierwszą ratę należy opłacić w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia w formie przelewu lub przekazu pocztowego na wskazany rachunek bankowy lub przez pośrednika</p>	
	<p>Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?</p> <p>W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków oraz kosztów leczenia podczas podróży ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie, pod warunkiem opłacenia składki lub jej pierwszej raty, a kończy się z upływem okresu ubezpieczenia. Natomiast niezapłacenie kolejnej raty składki w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia oraz brak zapłaty w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania, spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.</p> <p>W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia kosztów leczenia podczas podróży na cudzy rachunek tj. na rachunek osoby przebywającej poza granicami kraju, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż po upływie 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy.</p>	
	<p>Jak rozwiązać umowę?</p> <p>Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.</p> <p>Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy.</p>	



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes&Podróż

PAT/OW071/1809

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	3
Postanowienia ogólne	5
Definicje	5
Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia	6
Przedmiot i zakres ubezpieczenia – NNW	7
Rodzaje świadczeń	8
Sposób zawierania umowy ubezpieczenia	12
Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej	13
Suma ubezpieczenia	13
Sposób postępowania w razie wypadku	13
Sposób ustalania wysokości świadczenia	14
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	16
Koszty leczenia podczas podróży przedmiot i zakres ubezpieczenia	16
Ubezpieczenie kosztów leczenia	17
Ubezpieczenie kosztów transportu i repatriacji	18
Ubezpieczenie kosztów ratownictwa	19
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	19
Ubezpieczenie bagażu	20
Ubezpieczenie kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance”	22
Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia	23
Sposób ustalania i opłacania składki	23
Suma ubezpieczenia (gwarancyjna)	24
Sposób postępowania w razie wypadku	25

Ustalenie wysokości odszkodowania lub świadczenia	26
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	28
Regres ubezpieczeniowy	28
Postanowienia wspólne	29
Forma umowy ubezpieczenia	29
Zawarcie umowy na cudzy rachunek	29
Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego	30
Uprawnieni do otrzymania świadczenia	31
Wypłata odszkodowania lub świadczenia	32
Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego	32
Postanowienia końcowe	33
Klauzula ubezpieczenia sprzętu narciarskiego	35
Definicje	35
Przedmiot ubezpieczenia	35
Zakres ubezpieczenia	35
Wyłączenia odpowiedzialności	36
Obowiązki ubezpieczonego	36
Suma ubezpieczenia	37
Sposób ustalania składki ubezpieczeniowej	37
Ustalanie rozmiaru szkody	37
Oświadczenie Administratora Danych Osobowych	39

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Biznes&Podróż regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Nazwa ubezpieczenia	Numer zapisu i strona wzorca umowy (dalej: „s.”)	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
Wspólne dla wszystkich ubezpieczeń		§ 72 ust. 2; § 73 ust. 4; § 74 ust. 2–3.
Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków	§ 4 ust. 1; § 4 ust. 4; § § 5–14; § 16; § 26 ust. 1; § 27; § 28; § 32.	§ 4 ust. 2, 3, 5; § 20 ust. 3; § 23 ust. 5; § 24; § 25, 26 ust. 2; § 29; § 30; § 82.
Koszty Leczenia Podczas Podróży	§ 33 ust. 1; § 34, 35 ust. 1; § 36 ust. 3–4; § 37; § 38; § 39; § 41; § 43; § 44; § 46; § 47; § 48; § 53 ust. 2; § 54; § 63; § 64 ust. 7.	§ 33 ust. 2–6; § 35 ust. 2; § 36 ust. 1–2; § 40; § 42; § 45; § 49; § 50; § 53; § 59; § 61; § 62 ust. 2; § 63 ust. 3; § 64 ust. 5–6; § 86.
Klauzula Ubezpieczenia Sprzętu Narciarskiego	§ 4; § 5.	§ 6; § 8; § 10.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia:
 - 1) następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 2) kosztów leczenia za granicą,
 - 3) odpowiedzialności cywilnej, z przedsiębiorcami oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.
3. Umowa ubezpieczenia może być rozszerzona o klauzule dodatkowe.

Definicje

§ 2

W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za:

1. bagaż	uważa się przedmioty osobistego użytku zwyczajowo zabierane w podróż, takie jak: odzież, obuwie, środki higieny osobistej, torebki, książki, zegarki, okulary, namioty itp. stanowiące własność Ubezpieczonego lub znajdujące się w jego posiadaniu,
2. Centrum Alarmowe	uważa się podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela, któremu Ubezpieczający jest obowiązany zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
3. chorobę przewlekłą	uważa się schorzenie, którego objawy utrzymują się dłużej niż cztery tygodnie, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
4. ekspedycję	uważa się zorganizowaną wyprawę mającą na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
5. franszyzę redukcijną (udział własny)	uważa się kwotę, o którą Ubezpieczyciel zmniejsza wypłacane łączne odszkodowanie dotyczące określonego zdarzenia,
6. koszty leczenia	uważa się koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych,
7. kradzież z włamaniem	uważa się dokonanie albo usiłowanie dokonania zaboru mienia z lokalu lub bagażnika samochodowego po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otwarciu wejścia (pokrywy bagażnika) przy użyciu narzędzi albo podrobionego lub dopasowanego klucza bądź sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rozboju,
8. kraj stałego pobytu	uważa się kraj, w którym Ubezpieczający uzyskał pozwolenie osiedlenia się, albo kraj, którego Ubezpieczający jest obywatelem oraz w którym jest aktualnie objęty ubezpieczeniem społecznym,
9. leczenie ambulatoryjne	uważa się leczenie niezwiązane z pobytem w szpitalu lub innej placówce medycznej trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny,
10. lokaut	uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
11. nagłe zachorowanie	uważa się stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej, w tym zawały serca i udary mózgu, o ile przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie cierpiał na chorobę układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienie tętnicze lub chorobę wieńcową) lub cukrzycę,
12. następstwa choroby przewlekłej	uważa się nasilenie objawów choroby przewlekłej o ostrym przebiegu, objawiające się w sposób nagły, w związku z czym nastąpiła konieczność poddania się natychmiastowemu leczeniu,
13. nieszczęśliwy wypadek	uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
14. osoby bliskie	uważa się małżonka, osoby pozostające w związku partnerskim, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposobieni i przysposabiający,
15. osobę uprawnioną	uważa się wskazaną przez Ubezpieczonego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,

16.	osoby trzecie	uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
17.	papiery wartościowe	uważa się czek, weksle, obligacje, akcje, konosamenty, akredytywy dokumentowe i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę,
18.	podróż	uważa się wyjazd Ubezpieczonego poza granice Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu,
19.	pożar	uważa się działanie ognia, który się przedostał poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile,
20.	pracę zarobkową	uważa się podjęcie lub wykonywanie przez Ubezpieczonego czynności, za które otrzymuje on wynagrodzenie,
21.	przedmioty wartościowe	uważa się przenośny sprzęt audiowizualny, komputerowy i fotograficzny, telefony przenośne, lornetki oraz nośniki dźwięki, obrazu lub danych,
22.	przedsiębiorcę	uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,
23.	rozbój	uważa się zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej wobec Ubezpieczonego (lub osób bliskich) albo doprowadzeniu Ubezpieczonego (lub osób bliskich) do stanu nieprzytomności lub bezbronności,
24.	ryzyka elementarne	uważa się pożar, uderzenie pioruna, wybuch, upadek statku powietrznego, huragan, powódź, spływ wód po zboczach, zalanie, osunięcie się ziemi, zapadanie się ziemi, lawinę, wywrócenie się drzewa lub masztu, grad, wybuch wulkanu oraz trzęsienie ziemi,
25.	sporty wysokiego ryzyka	uważa się rafting i inne sporty wodne uprawiane w rzekach górskich, nurkowanie z wykorzystaniem aparatów oddechowych, wspinaczkę, sport spadochronowy i balonowy, paralotniarstwo, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, myślistwo, jazdę konną, narciarstwo, snowboard, bobsleje, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, jazdę na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
26.	sprzęt sportowy o charakterze profesjonalnym	uważa się sprzęt wykorzystywany w celu wyczynowego uprawiania sportu,
27.	strajk	uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego oraz żądaniem zmian,
28.	szkodę na osobie	w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści poniesione przez poszkodowanego, które by mógł osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
29.	szkodę w mieniu	w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości poszkodowanego, a także utracone korzyści, które by mógł osiągnąć, gdyby jego mienie nie zostało zniszczone lub uszkodzone,
30.	terroryzm	uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
31.	upadek statku powietrznego	uważa się katastrofę bądź przymusowe lądowanie załogowego statku powietrznego oraz upadek jego części lub ładunku,
32.	wartości pieniężne	uważa się krajowe i zagraniczne znaki pieniężne oraz wyroby ze złota, srebra, kamieni szlachetnych i pereł, a także platyny i pozostałych metali z grupy platynowców oraz monety złote i srebrne,
33.	wyczynowe uprawianie sportu	uważa się: a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
34.	związek partnerski	uważa się nieformalny związek dwóch osób, pozostających ze sobą we wspólnym pożyciu, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe. Osoby będące w związku partnerskim nie może łączyć stosunek pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia wprowadza się trzy klasy ryzyka, w zależności od stopnia ryzyka wynikającego z rodzaju wykonywanej pracy lub uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej:

- 1) I klasa ryzyka obejmuje:
 - a) osoby wykonujące pracę w przeważającej części w biurach, placówkach oświatowych, naukowych, leczniczych, artystycznych i kulturalnych, rzemiośle ręcznym oraz osoby duchowne i niepracujące,
 - b) tenis stołowy, kręglarstwo, wędkarstwo, kulturystykę, bilard, brydż sportowy, golf, szachy, modelarstwo sportowe,
 - 2) II klasa ryzyka obejmuje:
 - a) osoby wykonujące pracę w rzemiośle zmechanizowanym, handlu, rolnictwie, leśnictwie, rybołówstwie, budownictwie, przemyśle (poza zaliczonymi do klasy III), transporcie, żegludze, gazownictwie, służbie weterynaryjnej, lotnictwie, wojsku, strażach pożarnych, trenerów, sędziów i instruktorów sportowych,
 - b) tenis ziemny, badminton, gimnastykę artystyczną i sportową, lekkoatletykę, pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo, surfing, windsurfing, piłkę wodną, łyżwiarstwo figurowe i szybkie, hokej na trawie, kajakarstwo, łucznictwo, strzelectwo, myślistwo, kolarstwo, sporty motorowodne, narciarstwo wodne, szermierkę,
 - 3) III klasa ryzyka obejmuje:
 - a) pracowników ochrony mienia i osób, policjantów, ratowników górskich, osoby wykonujące pracę w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, przemyśle górniczym i kopalniczym pod ziemią, saperów i inne osoby zatrudnione przy materiałach wybuchowych, nurków, oblatywaczy samolotów, akrobatów, kaskaderów,
 - b) judo, dalekowschodnie sztuki walki, rugby, boks, bobsleje, podnoszenie ciężarów, zapasy, narciarstwo, pływaniarstwo, hokej na lodzie, piłkę nożną, piłkę siatkową, piłkę ręczną, koszykówkę, futbol amerykański, baseball, sporty spadochronowe i balonowe, sporty lotnicze, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm i taternictwo.
2. W przypadkach nie wymienionych powyżej, klasę ryzyka ustala się według rodzajów zatrudnienia lub dyscyplin sportowych wymienionych w ust. 1 pkt 1)–3), najbardziej odpowiadających stopniowi ryzyka wynikającemu z rodzaju wykonywanej pracy lub dyscypliny sportowej uprawianej przez Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – NNW

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.
2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:
 - 1) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - 2) w wyniku samookaleczenia,
 - 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 3),
 - 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
 - 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka, zgodnie z postanowieniami § 3 oraz uczestniczenia w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³,
 - 2) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - 3) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - 4) uszkodzeń dysków międzykręgowych i ich następstw,
 - 5) zatruc przewodu pokarmowego,
 - 6) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki zakresem ochrony ubezpieczeniowej mogą zostać objęte:
 - 1) następstwa zawałów serca i udarów mózgu,
 - 2) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka, w rozumieniu postanowień § 3,
 - 3) następstwa nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych na skutek ataków terrorystycznych.
5. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkodę powstałą wskutek terroryzmu, do której doszło w Afganistanie, Algierii, Czadzie, Czeczenii, Kolumbii, Kongo, Iraku, Iranie, Izraelu (Zachodni Brzeg i strefa Gazy), na Wybrzeżu Kości Słoniowej, Nigerii, Korei Północnej, na Filipinach, Arabii Saudyjskiej, Somalii lub Sudanie, o ile nie umówiono się inaczej.

Rodzaje świadczeń

§ 5

W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego zakresu świadczeń wypłacanych z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, umowa ubezpieczenia zawierana jest w wariantach I, II lub III.

§ 6

1. W wariantach I Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w umowie sumy ubezpieczenia,
 - 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu:
 - a) w przypadku uszczerbku w wysokości 100% – pełną sumę ubezpieczenia określoną w umowie,
 - b) w przypadku uszczerbku częściowego – procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. W wariantach II Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w umowie sumy ubezpieczenia,
 - 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wynoszącego:
 - a) do 25% – 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - b) od 26% do 50% – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,

- c) od 51% do 75% – 2,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- d) powyżej 75% – 3,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. W wariancie III Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zaistniałego wypadku – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z poniższą tabelą oceny uszczerbku na zdrowiu:

Całkowita utrata wzroku:	
w obu oczach	100%
w jednym oku wraz z utratą oka	40%
w jednym oku bez utraty oka	35%
Całkowita utrata słuchu:	
w obu uszach	60%
w jednym uchu	20%
Całkowita utrata małżowiny	15%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata kończyny górnej:	
w barku	75%
w obrębie ramienia	70%
w obrębie przedramienia	65%
w nadgarstku	55%
Całkowita utrata:	
kciuka	20%
palca wskazującego	15%
innego palca	5%
Całkowita utrata kończyny dolnej:	
w stawie biodrowym	75%
na wysokości uda	70%
na poziomie stawu kolanowego	65%
w obrębie podudzia	60%
Całkowita utrata stopy	50%
Całkowita utrata:	
dużego palca	5%
innego palca	2%

- 3) w przypadku uszkodzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku mózgowia lub nerwów obwodowych, powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości powyżej 70% – procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 7

1. Ubezpieczyciel dokonuje również zwrotu kosztów:

- 1) nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 5.000 PLN,
- 2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 5 000 PLN,

- 3) odbudowy stomatologicznej zębów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 2 000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3,
2. Niezależnie od doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wybranego przez Ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia (pełnego lub ograniczonego) Ubezpieczyciel zapewnia następujące świadczenia:
- **wizyta lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu lekarza oraz honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - **wizyta pielęgniarki** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu pielęgniarki oraz honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - **dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia Ubezpieczyciel pokryje koszt transportu leków – do wysokości 100 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - **transport z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej – o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego raz stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50 km,
 - **transport z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – o ile stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50 km,
 - **pomoc domowa** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał dłużej niż 7 dni w szpitalu, Ubezpieczyciel pokryje koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji w przypadku gdy Ubezpieczony nie może skorzystać z pomocy osoby bliskiej – do wysokości 500 PLN maksymalnie przez okres 7 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - **pomoc psychologiczna** – jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie zalecona przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela porada psychologa, Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyt do wysokości 300 PLN,
 - **opieka nad dziećmi** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel pokryje koszty opieki nad dziećmi do lat 16 w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 100 PLN za dzień, maksymalnie przez okres 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego tylko w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby bliskiej mogącej zapewnić opiekę,
 - **organizuje opiekę nad psami i kotami** Ubezpieczonego znajdującymi się w jego domu oraz pokrywa koszty takiej opieki. Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu ww. zwierząt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego, mogącej podjąć się opieki nad nimi, albo do najbliższego schroniska dla zwierząt – do wysokości 300 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - **na telefoniczne życzenie Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego dokonuje rezerwacji i udziela informacji o Służbie Zdrowia dotyczących np. placówek medycznych, numerów telefonów do lekarzy o różnych specjalizacjach,
 - **w przypadku niespodziewanej hospitalizacji Ubezpieczonego**, na jego wniosek Ubezpieczyciel podejmie starania mające na celu powiadomienie o zaistniałym zdarzeniu rodziny oraz zakładu pracy Ubezpieczonego, jak również za jego zgodą może na bieżąco informować rodzinę o jego stanie zdrowia.

3. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 PLN za każdy ząb.
4. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów zakupu implantów i implantacji.
5. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, iż zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Ubezpieczyciel niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczeniową zwraca Ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w kraju do wskazanych przez Ubezpieczyciela lekarzy, Komisji Lekarskich, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu środka transportu przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku gdy Ubezpieczony samodzielnie poniósł koszty udzielenia natychmiastowej pomocy assistance, o których mowa w § 7 ust. 2) Ubezpieczyciel z zastrzeżeniem postanowień § 19, dokonuje ich zwrotu do równowartości kwoty, za którą sam zorganizowałby te świadczenia.
8. Koszty udzielenia natychmiastowej pomocy assistance, o których mowa w § 7 ust. 2) są pokrywane przez Ubezpieczyciela w granicach sumy ubezpieczenia.

§ 8

Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki zakres świadczeń wypłacanych w związku z zaistniałym wypadkiem może zostać rozszerzony o:

- 1) zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki,
- 2) zwrot kosztów leczenia,
- 3) jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy,
- 4) dzienne świadczenie szpitalne,
- 5) zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych,
- 6) operację plastyczną.

§ 9

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki przysługuje w wysokości 0,20% sumy ubezpieczenia za każdy dzień niezdolności do pracy (nauki).
2. Zasiłek dzienny przysługuje od 10 dnia po wypadku, a jeżeli niezdolność do pracy (nauki) trwała co najmniej 30 dni – od następnego dnia po wypadku, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni.

§ 10

1. Zwrot kosztów leczenia przysługuje pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 20% sumy ubezpieczenia.
2. Koszty leczenia zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 11

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy, przysługuje jeżeli utrata zdolności nastąpiła w ciągu 2 lat od daty wypadku – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie w umowie, w kwocie odpowiadającej sumie ubezpieczenia dla pozostałych świadczeń.

§ 12

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje, w przypadku trwającego co najmniej 72 godziny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie nieszczęśliwego

wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową – w wysokości 0,20% sumy za każdy dzień pobytu w szpitalu; dzienne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.

2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni.

§ 13

1. Zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych przysługuje do wysokości 5% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku.
2. Koszty rehabilitacji zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 14

1. Zwrot kosztów operacji plastycznej przysługuje do wysokości 15% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 5 000 PLN.

Warunkiem zwrotu kosztów jest wykonanie operacji na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.

2. Koszty operacji plastycznej zwracane są pod warunkiem, że zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od wypadku oraz nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innej umowy ubezpieczenia.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia

§ 15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwa oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
 - 3) liczbę osób objętych ubezpieczeniem, w przypadku zawierania umowy w formie bezimiennej,
 - 4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - 5) sumę ubezpieczenia.

§ 16

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w zakresie pełnym lub ograniczonym.
2. Zakres pełny obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego podczas wykonywania określonej w umowie ubezpieczenia pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym.
3. Zakres ograniczony obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego podczas wykonywania pracy zawodowej oraz w drodze do i z pracy, lub podczas wykonywania innych określonych w umowie ubezpieczenia czynności.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 17

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i wyrażonej w procentach stawki za ubezpieczenie każdego z ryzyk, określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna od klasy ryzyka, zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy umowy ubezpieczenia oraz długości okresu ubezpieczenia.
4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:
 - 1) zwwyżki składki za:
 - a) zawarcie umowy na sumę ubezpieczenia przekraczającą wysokości określone w taryfie,
 - b) zawarcie umowy na rzecz osoby, która ukończyła 70 rok życia,
 - c) objęcie ochroną ubezpieczeniową następstw zawałów serca i udarów mózgu,
 - d) objęcie ochroną ubezpieczeniową następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek ataków terrorystycznych,
 - e) objęcie ochroną ubezpieczeniową następstw nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka.
 - 2) zniżki składki za:
 - a) ilość osób przystępujących do ubezpieczenia.
5. Płatność składki może zostać na wniosek Ubezpieczającego rozłożona na raty.

§ 18

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

Suma ubezpieczenia

§ 19

1. Sumy ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
2. Z wyjątkiem przypadków określonych w § 6 ust. 2 pkt 2), suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Sposób postępowania w razie wypadku

§ 20

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,

- 2) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym.
 3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 21

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty, niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

Sposób ustalania wysokości świadczenia

§ 22

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§ 23

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela
2. Ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. W przypadkach określonych w § 6 ust. 3 pkt 3) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się najwcześniej po upływie 12 miesięcy od dnia wypadku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje były już przed wypadkiem upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

§ 24

Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.

§ 25

Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrał należnego świadczenia, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 26

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki wypłacany jest na podstawie właściwego zaświadczenia lekarskiego.
2. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty całości lub części świadczenia w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do pracy lub nauki Ubezpieczony wykonywał pracę zawodową lub uczęszczał na zajęcia szkolne.

§ 27

Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, stwierdzające trwałą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

§ 28

1. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
2. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

§ 29

Przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 30

Koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są na podstawie oryginałów rachunków.

§ 31

Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu także udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 32

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka.
5. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, a rata składki nie zostanie zapłacona w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania.
6. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela – pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
7. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaśnie przed tym terminem.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Koszty leczenia podczas podróży przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 33

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty leczenia poniesione przez Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu w związku z jego nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w czasie pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej są wyłączone szkody powstałe wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokoju społecznym, strajków i lokautów, sabotażu oraz terroryzmu z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 4),
 - 2) zniszczenia, konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy celne lub inne władze,
 - 3) jazd próbnych, rajdów oraz wyścigów samochodowych i motorowych,
 - 4) podróżowania statkami powietrznymi, z wyłączeniem przelotów w charakterze pasażera, o ile lot wykonywany był zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 5) zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi środkami odurzającymi,
 - 6) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa,

- 7) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1 dm³, narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 8) prowadzenia pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
 - 9) uprawiania sportów ekstremalnych.
3. O ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony za opłatą dodatkowej składki, Ubezpieczyciel nie odpowiada również za szkody będące następstwem:
- 1) wykonywania zarobkowej pracy fizycznej,
 - 2) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 3) wyczynowego uprawiania sportów,
 - 4) aktów terroryzmu.
4. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkodę powstałą wskutek terroryzmu, do której doszło w Afganistanie, Algierii, Czadzie, Czeczenii, Kolumbii, Kongo, Iraku, Iranie, Izraelu (Zachodni Brzeg i strefa Gazy), na Wybrzeżu Kości Słoniowej, Nigerii, Korei Północnej, na Filipinach, Arabii Saudyjskiej, Somalii lub Sudanie, o ile nie umówiono się inaczej.
5. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

§ 34

Przedmiotem ubezpieczenia są :

- 1) koszty leczenia,
- 2) koszty transportu i repatriacji,
- 3) koszty ratownictwa,
- 4) odpowiedzialność cywilna,
- 5) bagaż,
- 6) koszty udzielenia natychmiastowej pomocy "assistance".

Ubezpieczenie kosztów leczenia

§ 35

1. Zakresem ubezpieczenia są objęte koszty poniesione na:
 - 1) badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne,
 - 2) dojazd lekarza z najbliższej placówki służby zdrowia do miejsca zakwaterowania Ubezpieczonego, w przypadku gdy wymaga tego jego stan zdrowia,
 - 3) pobyt w placówce służby zdrowia,
 - 4) leczenie stomatologiczne w przypadku ostrych stanów zapalnych i bólowych lub gdy było ono niezbędne wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową – do kwoty 2 000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2,
 - 5) zakup lekarstw i środków opatrunkowych.

2. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 4), ulega każdorazowemu zmniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania aż do jej całkowitego wyczerpania, w przypadku którego umowa ubezpieczenia odpowiednio w części dotyczącej kosztów leczenia stomatologicznego się rozwiązuje.

§ 36

1. Koszty leczenia przekraczające zakres niezbędny do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót lub przewóz do kraju stałego pobytu nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
2. Ponadto zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów leczenia związanych z:
 - 1) powikłaniami występującymi od 32 tygodnia ciąży,
 - 2) porodem, który nastąpił po 32 tygodniu ciąży,
 - 3) zabiegiem usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia,
 - 4) zaburzeniami psychicznymi,
 - 5) operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym,
 - 6) naprawą lub zakupem protez oraz środków ochronnych i pomocniczych,
 - 7) leczeniem prowadzonym przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego, chyba że zostało to zaakceptowane przez Centrum Alarmowe,
 - 8) chorobą, w tym chorobą przewlekłą, z powodu której Ubezpieczony był leczony lub która została zdiagnozowana w okresie 24 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Opłacając dodatkową składkę, zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o koszty leczenia następstw chorób przewlekłych określonych w ust. 2 pkt. 8).
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia wskazane w ust. 3 jest możliwe tylko i wyłącznie w stosunku do osób, które nie ukończyły 65 roku życia.
5. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są również:
 - 1) koszty leczenia Ubezpieczonego, w przypadku gdy odmówił on powrotu do kraju stałego pobytu wbrew decyzji podjętej przez lekarza Centrum Alarmowego,
 - 2) koszty leczenia Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony zaniedbał obowiązujący w danym kraju pobytu reżim sanitarny.

Ubezpieczenie kosztów transportu i repatriacji

§ 37

Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty transportu i repatriacji poniesione przez Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu, pod warunkiem istnienia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia.

§ 38

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty poniesione na:
 - 1) transport Ubezpieczonego z miejsca wypadku do najbliższej placówki służby zdrowia,
 - 2) transport Ubezpieczonego do innej placówki służby zdrowia za granicą, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie,
 - 3) transport Ubezpieczonego do kraju, do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania, o ile wymaga tego jego stan zdrowia, z uwagi na konieczność kontynuowania leczenia szpitalnego bezpośrednio po powrocie do kraju lub z uwagi na medyczne przeciwwskazania do powrotu wcześniej zaplanowanym środkiem transportu; transport musi się odbyć zgodnie z pisemnym zaleceniem

lekarza współpracującego z Centrum Alarmowym po uprzednich konsultacjach z lekarzem prowadzącym leczenie,

- 4) transport Ubezpieczonego do miejsca, od którego podróż może być kontynuowana,
 - 5) zakwaterowanie (wraz z kosztami wyżywienia) w hotelu, w przypadku gdy transport Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 4), nie mógł nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia, a ich poniesienie zostało zaakceptowane przez Centrum Alarmowe.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony zmarł w trakcie podróży poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu, a śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel ponosi również koszty związane z kremacją lub pogrzebem Ubezpieczonego za granicą albo transportem zwłok Ubezpieczonego do kraju stałego pobytu.

Ubezpieczenie kosztów ratownictwa

§ 39

Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i udokumentowane koszty poniesione na akcję ratowniczą lub poszukiwawczą prowadzoną przez wyspecjalizowane służby ratownicze w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego, który uległ w czasie pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu nagłemu zachorowaniu lub nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową.

§ 40

Zwrot kosztów ratownictwa następuje pod warunkiem, że nie są one objęte ubezpieczeniem kosztów leczenia lub kosztów transportu i repatriacji.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

§ 41

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za szkody w mieniu lub na osobie wyrządzone osobom trzecim (w rozumieniu § 2 pkt 16) w czasie podróży.

§ 42

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje roszczeń o wykonanie umów oraz o zwrot kosztów poniesionych w związku z wykonaniem umów.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej za szkody:
 - 1) związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, a także wyrządzone przez rzeczy dostarczone lub wytworzone przez Ubezpieczającego albo prace lub usługi przez niego wykonane,
 - 2) związane z ruchem pojazdów lub prowadzeniem gospodarstwa rolnego, w zakresie objętym systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
 - 3) powstałe wskutek uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych Ubezpieczającego,
 - 4) związane z użytkowaniem statków oraz urządzeń latających i pływających z wyjątkiem sprzętu napędzanego siłą wiatru lub siłą fizyczną osoby Ubezpieczonej,
 - 5) w ładunku, wynikłe z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy przewozu lub spedycji,
 - 6) za które Ubezpieczający jest odpowiedzialny wskutek umownego przejęcia odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej (w rozumieniu § 2 pkt 16) albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z obowiązujących przepisów prawa,

- 7) wyrządzone osobom bliskim wobec Ubezpieczonego albo osobom przez niego zatrudnionym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia,
 - 8) polegających na wystąpieniu czystych strat finansowych niezwiązanych ze szkodą w mieniu ani na osobie,
 - 9) które mogą być pokryte z umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartej z innym Ubezpieczycielem na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia,
 - 10) w wartościach pieniężnych, dokumentach, planach, zbiorach archiwalnych, filatelistycznych, numizmatycznych albo dziełach sztuki,
 - 11) wynikłych z przeniesienia chorób zakaźnych, o których istnieniu Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć,
 - 12) w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczający korzystał na podstawie najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego.
3. Ubezpieczenie nie pokrywa grzywien i kar administracyjnych lub sądowych oraz innych kar o charakterze pieniężnym nałożonym na Ubezpieczającego.

Ubezpieczenie bagażu

§ 43

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest bagaż Ubezpieczonego w czasie podróży.
2. Z zastrzeżeniem postanowień § 46 ochroną ubezpieczeniową objęty jest bagaż znajdujący się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego oraz bagaż, który został:
 - 1) powierzony zawodowemu przewoźnikowi do przewozu na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego,
 - 2) oddany za pokwitowaniem do przechowalni bagażu,
 - 3) pozostawiony w zamkniętym na zamek bagażniku pojazdu samochodowego albo zamkniętej na zamek przyczepie kempingowej lub kabinie jednostki pływającej, pod warunkiem że nie był on widoczny z zewnątrz,
 - 4) pozostawiony w zamkniętym na zamek pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego (z wyłączeniem namiotu).

§ 44

1. Bagaż objęty jest ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek:
 - 1) wystąpienia ryzyka elementarnego,
 - 2) kradzieży z włamaniem,
 - 3) rozboju,
 - 4) wypadku lub katastrofy środka komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej,
 - 5) nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, w wyniku którego utracił on w sposób nagły możliwość opiekowania się bagażem,
 - 6) zaginięcia lub uszkodzenia, w przypadku gdy bagaż znajdował się pod opieką zawodowego przewoźnika, któremu został powierzony do przewozu na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego.
2. Ponadto bagaż jest objęty ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek akcji ratowniczej prowadzonej w związku ze zdarzeniami określonymi w ust. 1.

§ 45

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej są wyłączone:
 - 1) srebro, złoto, platyna w złomie i sztabach,
 - 2) wartości pieniężne,
 - 3) papiery wartościowe, książeczki i bony oszczędnościowe, karty płatnicze wszelkiego rodzaju oraz bilety na przejazdy środkami komunikacji miejskiej,
 - 4) dokumenty urzędowe oraz prywatne,
 - 5) dzieła sztuki, antyki oraz zbiory kolekcjonerskie,
 - 6) przedmioty wartościowe, z zastrzeżeniem postanowień § 46,
 - 7) futra,
 - 8) programy komputerowe i dane na nośnikach wszelkiego rodzaju,
 - 9) sprzęt sportowy o charakterze profesjonalnym,
 - 10) sprzęt narciarski,
 - 11) sprzęt pływający,
 - 12) broń oraz trofea myśliwskie,
 - 13) akcesoria samochodowe oraz przedmioty stanowiące wyposażenie przyczep kempingowych i łodzi,
 - 14) przedmioty w liczbie wskazującej na ich przeznaczenie handlowe,
 - 15) przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej,
 - 16) mienie przesiedleńcze.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada również za szkody:
 - 1) polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu bądź utracie rzeczy w związku z ich używaniem,
 - 2) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu waliz, kufrów oraz innych pojemników bagażu,
 - 3) powstałe wskutek kradzieży z włamaniem, dokonanej z bagażnika dachowego pojazdu samochodowego w przypadku gdy chociaż jedna ze ścian bagażnika została wykonana ze słabego materiału (typu brezent) lub gdy bagażnik nie był zabezpieczony odpowiednim zamkiem,
 - 4) powstałe w aparatach i urządzeniach elektrycznych wskutek ich wad lub działania prądu elektrycznego podczas eksploatacji, chyba że działanie prądu elektrycznego spowodowało pożar,
 - 5) będące następstwem zwykłego zużycia rzeczy ubezpieczonej, samozapalenia, samozepsucia lub wycieku, a w przypadku rzeczy tłukących się lub w opakowaniu szklanym – potłuczenia lub utraty wartości rzeczy uszkodzonej,
 - 6) będące następstwem działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
 - 7) powstałe wskutek emisji, wycieku lub innej formy przedostania się do powietrza, wody lub gruntu jakichkolwiek substancji.

§ 46

W wariantcie III zakresem ubezpieczenia objęte są również szkody powstałe w przedmiotach wartościowych stanowiących bagaż Ubezpieczonego i znajdujących się pod jego bezpośrednią opieką.

Ubezpieczenie kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance”

§ 47

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty związane z udzieleniem przez Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Centrum Alarmowego natychmiastowej pomocy „assistance” w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 48

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące świadczenia Ubezpieczyciela:
 - 1) w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu Ubezpieczyciel:
 - a) na życzenie Ubezpieczonego powiadamia o zaistniałym zdarzeniu osoby bliskie,
 - b) nawiązuje za pośrednictwem lekarza pracującego na jego zlecenie kontakt z lekarzami sprawującymi opiekę medyczną, a w szczególności z lekarzem rodzinnym Ubezpieczonego i zapewnia przepływ informacji między tymi lekarzami,
 - c) gwarantuje placówce medycznej pokrycie kosztów leczenia Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie,
 - d) organizuje transport Ubezpieczonego do kraju, do placówki służby zdrowia lub miejsca zamieszkania, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie,
 - e) organizuje i pokrywa koszty powrotu Ubezpieczonego do kraju po zakończeniu leczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony nie może kontynuować podróży ani powrócić do kraju wcześniej zaplanowanym środkiem transportu,
 - f) organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania (wraz z kosztami wyżywienia) w hotelu, w przypadku gdy transport Ubezpieczonego, o którym mowa pkt e), nie mógł nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia,
 - 2) w razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel organizuje na życzenie osób bliskich transport zwłok do miejsca pogrzebu w kraju stałego pobytu Ubezpieczonego,
 - 3) w wariantcie III Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego do kraju, jeżeli nie mógł on nastąpić przy wykorzystaniu wcześniej zaplanowanego środka transportu w przypadku śmierci osoby bliskiej Ubezpieczonemu lub jej nagłego zachorowania wymagającego hospitalizacji, o ile zdarzenie to miało miejsce na terenie kraju zamieszkania,
 - 4) w wariantcie III w razie konieczności hospitalizacji Ubezpieczonego przez okres co najmniej 7 dni lub jego transportu do kraju w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem doznanymi poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu organizuje i pokrywa koszty podróży osoby zastępującej w wykonywaniu obowiązków służbowych.
2. Ponadto w ramach kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance” w wariantcie II oraz III Ubezpieczyciel:
 - 1) zapewnia Ubezpieczonemu pomoc w wyrobieniu dokumentów niezbędnych w czasie podróży, polegającą na udzieleniu niezbędnych informacji o działaniach, które należy podjąć, w przypadku gdy zostały mu one skradzione, zaginęły lub uległy zniszczeniu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu,
 - 2) udziela Ubezpieczonemu niezbędnej pomocy finansowej w celu umożliwienia mu pokrycia, poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu, płatności związanych z podróżą Ubezpieczonego, w przypadku kradzieży, uszkodzenia lub zniszczenia posiadanych przez niego środków płatniczych,
 - 3) udziela Ubezpieczonemu zwrotnej pomocy finansowej na niezbędne usługi prawne, w przypadku gdy w czasie pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego pobytu wejdzie on w konflikt z prawem miejscowym, polegającą na:

- a) udzieleniu pomocy finansowej w celu umożliwienia złożenia kaucji dla zwolnienia Ubezpieczonego, wyznaczonej przez odpowiednie władze kraju miejsca pobytu; pomoc ta jest wyłączona z zakresu ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zatrzymania lub tymczasowego aresztowania Ubezpieczonego z powodu handlu narkotykami lub innymi środkami odurzającymi, udziału Ubezpieczonego w działaniach o charakterze politycznym oraz gdy kaucja wymagana jest dla zabezpieczenia należności celnych lub administracyjnych,
- b) pokryciu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu karnym lub karno-administracyjnym przed organami wymiaru sprawiedliwości albo innymi odpowiednimi organami kraju miejsca pobytu; świadczenie to jest wyłączone z zakresu ubezpieczenia, gdy zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową pozostaje w związku z pracą wykonywaną przez Ubezpieczonego lub prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą albo jest związane z posiadaniem lub prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu samochodowego.

§ 49

1. Pomoc finansowa, o której mowa w § 48 ust. 2 pkt 2) i 3), jest udzielana w granicach sum gwarancyjnych, określonych w umowie.
2. Pomoc finansowa jest udzielana pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia, w którym się zobowiąże do zwrotu przekazanej mu kwoty.
3. Termin zwrotu kwoty udzielonej pomocy finansowej wynosi 30 dni od daty jej przekazania Ubezpieczonemu.

§ 50

Koszty udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance” Ubezpieczyciel pokrywa pod warunkiem istnienia jego odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia lub kosztów transportu i repatriacji.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 51

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdza się polisą lub certyfikatem ubezpieczeniowym.
2. Polisa zawiera co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, jeżeli umowa lub certyfikat jest zawierana na cudzy rachunek,
 - 2) okres ubezpieczenia,
 - 3) przedmiot ubezpieczenia,
 - 4) wysokość należnej składki.

Sposób ustalania i opłacania składki

§ 52

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn liczby dni trwania podróży i stawki określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna jest od wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia, terytorialnego zakresu ochrony, okresu trwania podróży.

4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:
- 1) zwwyżki składki za:
 - a) rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o wypadki związane z wykonywaniem pracy fizycznej,
 - b) rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o wypadki związane z wyczynowym uprawianiem sportów,
 - c) rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o wypadki związane z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka, d) rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o koszty leczenia następstw choroby przewlekłej,
 - e) rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o szkody powstałe wskutek ataków terrorystycznych.
 - 2) zniżki składki za zawarcie umowy na rachunek dzieci do lat 18 oraz młodzieży szkolnej lub akademickiej do lat 24,
5. Płatność składki może zostać na wniosek Ubezpieczającego rozłożona na raty.

Suma ubezpieczenia (gwarancyjna)

§ 53

1. Suma ubezpieczenia (gwarancyjna) stanowi górny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody objęte ochroną ubezpieczeniową wynikłe z jednego zdarzenia, bez względu na łączną liczbę zdarzeń w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 35 ust. 2.
2. Sumy ubezpieczenia określa poniższa tabela :

Zakres ubezpieczenia		WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
		(podstawowy)	(rozszerzony)	(pełny)
		SUMA UBEZPIECZENIA oraz górne limity odpowiedzialności (w PLN)		
koszty leczenia	SU w PLN	50 000	150 000	500 000
koszty transportu i repatriacji			do wysokości sumy ubezpieczenia KL	
koszty ratownictwa				do 15 000
bagaż	SU w PLN	1.000	2 000	5 000
Odpowiedzialność cywilna				
szkody w mieniu	SG w PLN		50 000	250 000
szkody na osobie	SG w PLN		100 000	500 000
ASSISTANCE				
gwarancja pokrycia kosztów leczenia			do wysokości sumy ubezpieczenia KL	
organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza			do wysokości sumy ubezpieczenia KL	
organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia			do wysokości sumy ubezpieczenia KL	
organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu			do wysokości sumy ubezpieczenia KL	
organizacja i pokrycie kosztów podróży osoby zastępującej w wykonywaniu obowiązków służbowych				do 10 000
organizacja i pokrycie kosztów wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego do kraju				do 5 000
pomoc finansowa				do 2 000
złożenie kaucji				do 8 000
zastępstwo procesowe			do 8 000	do 12 000

§ 54

W przypadku zdarzeń wymagających transportu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ponosi koszty transportu do kwoty stanowiącej równowartość biletu lotniczego w klasie ekonomicznej, chyba że do transportu Ubezpieczonego, ze względów medycznych wymagany jest inny środek transportu i zostało to uzgodnione z Centrum Alarmowym.

Sposób postępowania w razie wypadku

§ 55

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi polisę lub certyfikat oraz dokumenty uzasadniające rozpatrzenie wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia, w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej, w przypadku szkody na osobie,
 - 2) rachunki za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia w przypadku szkody na osobie,
 - 3) wyliczenie rozmiaru szkody, sporządzonego na własny koszt, w przypadku szkody z ubezpieczenia bagażu,
 - 4) dowody zakupu przedmiotów wartościowych, w przypadku szkody w tych przedmiotach,
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony powinien dostarczyć w ciągu 14 dni od daty powzięcia wiadomości o powstaniu szkody lub ustania okoliczności powodujących niemożność spełnienia tego obowiązku.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym.

§ 56

1. Niezależnie od obowiązków określonych w § 55 oraz § § 73–75 w ubezpieczeniach kosztów leczenia Ubezpieczony w razie wypadku obowiązany jest:
 - 1) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 2) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej.

§ 57

1. Niezależnie od obowiązków określonych w § 55 oraz § § 73–75 w razie zgłoszenia roszczenia o naprawienie szkody z tytułu odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczony ma obowiązek zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń bądź zawarcia z nim ugody do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.
2. Działania podjęte przez Ubezpieczonego zmierzające do zaspokojenia osoby poszkodowanej, a w szczególności uznanie jego roszczeń lub zawarcie z nim ugody bez uzyskania pisemnej uprzedniej zgody Ubezpieczyciela są bezskuteczne wobec niego.
3. Jeżeli przeciwko sprawcy wypadku wszczęte zostało postępowanie karne albo jeżeli osoba poszkodowana wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Ubezpieczyciela.

4. Ubezpieczony obowiązany jest doręczyć Ubezpieczycielowi orzeczenie sądu w terminie umożliwiającym mu zajęcie stanowiska odnośnie do wniesienia środka odwoławczego.
5. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczonego roszczenia osoby poszkodowanej bez wymaganej pisemnej zgody nie ma wpływu na odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 58

1. Niezależnie od obowiązków określonych w § 55 oraz w § § 73–75 w przypadku zaistnienia szkody w bagażu do obowiązków Ubezpieczonego należy:
 - 1) niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa i uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów,
 - 2) niezwłocznie powiadomić przewoźnika o każdej szkodzie powstałej w bagażu powierzonym do przewozu lub w czasie jazdy środkami komunikacji publicznej, w przypadku gdy bagaż znajdował się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego, oraz uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu,
 - 3) niezwłocznie powiadomić administrację o każdym wypadku szkody w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego oraz uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu,
 - 4) zabezpieczyć dowody zaistnienia szkody oraz rzeczy zniszczone lub uszkodzone w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez Ubezpieczyciela.

§ 59

W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w § § 55–58 powyżej Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

Ustalenie wysokości odszkodowania lub świadczenia

§ 60

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§ 61

1. Zwrot kosztów kremacji lub pogrzebu Ubezpieczonego za granicą ograniczony jest do kwoty stanowiącej równowartość organizowanego przez Ubezpieczyciela transportu zwłok Ubezpieczonego do kraju stałego pobytu.
2. Zwrot kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego do kraju stałego pobytu ograniczony jest do kwoty stanowiącej równowartość kosztów, które poniósłby Ubezpieczyciel w przypadku, gdyby sam zorganizował transport.

§ 62

1. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym, w granicach udzielonej ochrony Ubezpieczyciel dokonuje oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podejmuje decyzję o uznaniu roszczenia i wypłacie odszkodowania albo prowadzeniu obrony Ubezpieczonego przed nieuzasadnionym roszczeniem.
2. W każdym czasie Ubezpieczyciel ma prawo wypłacić odszkodowanie w wysokości sumy gwarancyjnej lub sumy wystarczającej na zaspokojenie roszczeń wynikających z wypadku, zwalniając się z obowiązku dalszego udzielania ochrony oraz ponoszenia innych kosztów.

§ 63

1. W ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym, Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej należne odszkodowanie w granicach odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel pokrywa także:
 - 1) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych w uzgodnieniu z Ubezpieczycielem w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - 2) niezbędne koszty obrony sądowej w sporze prowadzonym na polecenie Ubezpieczyciela lub za jego zgodą; jeżeli w wyniku wypadku powodującego odpowiedzialność Ubezpieczonego objęte ochroną ubezpieczeniową zostanie przeciwko sprawcy szkody wdrożone postępowanie karne, Ubezpieczyciel pokrywa koszty obrony, jeżeli zażądał powołania obrońcy lub wyraził zgodę na pokrycie tych kosztów,
 - 3) niezbędne koszty działań podjętych przez Ubezpieczonego po wystąpieniu wypadku w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszania jej rozmiarów, jeżeli środki te były właściwe, chociażby okazały się bezskuteczne.
3. Koszty, o których mowa w ust. 2, pokrywane są w granicach sumy gwarancyjnej.

§ 64

1. W ubezpieczeniu bagażu, rozmiar szkody w poszczególnych grupach mienia ustala się na podstawie cen detalicznych przedmiotów tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku z dnia ustalenia odszkodowania pomniejszonych o stopień zużycia do dnia szkody albo według wysokości kosztów naprawy; wysokość tych kosztów powinna być udokumentowana rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją Ubezpieczonego, który szkodę usunął własnymi siłami.
2. Rozmiar szkody zmniejsza się o wartość pozostałości, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki lub sprzedaży.
3. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody w granicach sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5–6.
4. Zwrot kosztów naprawy nie może przekroczyć rzeczywistej wartości przedmiotu.
5. Z odszkodowania należnego Ubezpieczonemu Ubezpieczyciel potrąca franszyzę redukcyjną (udział własny) w wysokości 100 PLN.
6. Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:
 - 1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej,
 - 2) kosztów poniesionych na odkażenie pozostałości po szkodzie.
7. W granicach sum ubezpieczenia określonych w umowie dla poszczególnych grup mienia odszkodowanie obejmuje:
 - 1) utratę, zniszczenie, ubytek lub uszkodzenie mienia bezpośrednio w następstwie zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody,
 - 2) koszty wynikłe z zastosowania wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody oraz zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą, jeżeli środki te były właściwe, chociażby okazały się bezskuteczne,
 - 3) koszty usunięcia pozostałości po szkodzie w granicach do 5% rozmiaru szkody.

§ 65

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 66

Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia

§ 67

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel wypowiada umowę ze skutkiem natychmiastowym i żąda zapłaty składki za okres przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka, z zastrzeżeniem § 68.
3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, tylko wtedy gdy po upływie terminu na zapłatę ratę składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 68.

§ 68

1. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
2. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek tj. na rachunek osoby przebywającej poza granicami kraju, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy, o ile nie umówiono się inaczej.
5. Przedłużenie czasu trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela może nastąpić jedynie przed upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia, o ile nie umówiono się inaczej.

Regres ubezpieczeniowy

§ 69

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a w przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, podlega ono zwrotowi w całości lub części.

Postanowienia wspólne

Forma umowy ubezpieczenia

§ 70

1. Umowa ubezpieczenia może mieć charakter tylko grupowy.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie imiennej lub bezimiennej.
3. W umowach ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich osób obowiązuje taki sam zakres ubezpieczenia, rodzaje świadczeń oraz sumy ubezpieczenia.
4. Forma bezimienna umowy może być stosowana wyłącznie w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych, w których ubezpieczeniem objętych zostało 100% osób należących do określonej w umowie grupy, o ile nie umówiono się inaczej.

Zawarcie umowy na cudzy rachunek

§ 71

1. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu ogólne warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu ogólnych warunków ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, o której mowa w art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ubezpieczający jest dodatkowo zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy ubezpieczenia informacji o:
 - a) firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;
 - b) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - c) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego

§ 72

1. Ubezpieczony ma obowiązek w terminie 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ubezpieczyciela o wypadku pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub 0 (58) 555 6 555 lub 0 (58) 555 5 555.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 73

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i ust. 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust.1 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.

§ 74

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzi lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. Ubezpieczyciel w granicach sumy ubezpieczenia zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

§ 75

Ponadto Ubezpieczony obowiązany jest:

- 1) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
- 2) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego lub Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
- 3) umożliwić Centrum Alarmowemu lub Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

Uprawnieni do otrzymania świadczenia

§ 76

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem wypadku, ustalone przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 77

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 78

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 79

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy lub nauki wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 80

1. Dienne świadczenie szpitalne wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 81

1. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 82

Świadczenia, o których mowa w § § 76–81, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć Ubezpieczonego.

§ 83

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej przez niego do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi – w całości,
 - 2) dzieciom – w częściach równych,
 - 3) rodzicom – w częściach równych,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłej – w częściach równych.

2. W razie braku uprawnionego z przysługującego świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie rzeczywiste, udowodnione koszty pogrzebu oraz ewentualne koszty transportu zwłok z miejsca wypadku do miejsca pochówku osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

Wypłata odszkodowania lub świadczenia

§ 84

1. Odszkodowanie lub świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wystawcom rachunków oraz świadczeń pieniężnych objętych ubezpieczeniem kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance”.
2. Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie zagranicznej, a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, przelicza się je na walutę polską według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

§ 85

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 2.
4. Jeżeli z okoliczności wypadku wynika, że nie ma możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bez wyjaśnienia kwestii winy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

§ 86

W ubezpieczeniu bagażu, jeżeli po wypłacie odszkodowania Ubezpieczony odzyskał utracone przedmioty obowiązany jest zwrócić odszkodowanie wypłacone za te przedmioty, albo zrzec się praw do tych przedmiotów na rzecz Ubezpieczyciela.

§ 87

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 88

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował

Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 89

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 88 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 90

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił siedzibę lub miejsce zamieszkania i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane do ostatniej znanej siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby Ubezpieczający nie zmienił siedziby lub miejsca zamieszkania.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela będą dostarczane Ubezpieczającemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu.

§ 91

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego Ubezpieczyciela.
 - 1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
 - a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
 - b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
 - c) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - d) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
 - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
 - 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby, która zgłasza reklamację.
 - 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.

- 5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
 - 6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych Ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
- 1) Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaze reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 92

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i kodeksu cywilnego.

§ 93

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
 - 1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
 - 2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.
4. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Klientem, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

§ 94

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 24 września 2018 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu
ds. Ubezpieczeń



Adam Roman

Klauzula ubezpieczenia sprzętu narciarskiego

§ 1

1. Na podstawie niniejszej klauzuli, umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Biznes & Podróż zostaje rozszerzona o ubezpieczenie sprzętu narciarskiego.
2. Sprzęt narciarski może być objęty ochroną ubezpieczeniową po opłaceniu dodatkowej składki ubezpieczeniowej.
3. W zakresie nie uregulowanym w niniejszej klauzuli wiążące pozostają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszej klauzuli a nie zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia przyjmują znaczenie określone w definicjach zamieszczonych poniżej w § 3.

§ 3

1.	Za sprzęt narciarski	uważa się narty biegowe i zjazdowe, snowboard, wiązania, kijki, buty narciarskie, kask i gogle, odzież narciarską stanowiące własność Ubezpieczonego.
2.	Za odzież narciarską	uważa się kurtki, spodnie, kombinezony oraz rękawice wyprodukowane z przeznaczeniem do uprawiania narciarstwa i snowboardu.
3.	Za bezpośrednią opiekę	uważa się taką kontrolę nad sprzętem narciarskim, która umożliwia natychmiastowe działanie Ubezpieczonego w celu zapobieżenia szkodzi, a w przypadku szkody polegającej na zaborze mienia przez osobę trzecią uniemożliwia jego dokonanie bez użycia przemocy fizycznej lub groźby natychmiastowego jej użycia wobec Ubezpieczonego.
4.	Za zamek wielozastawkowy	uważa się zamek, do którego klucz posiada w łopatce więcej niż jedno żłobienie prostopadłe do trzonu.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest sprzęt narciarski w czasie podróży.

Zakres ubezpieczenia

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest sprzęt narciarski znajdujący się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego oraz sprzęt narciarski, który został:
 - 1) powierzony zawodowemu przewoźnikowi do przewozu na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego,
 - 2) pozostawiony w zamkniętym na zamek wielozastawkowy pomieszczeniu w miejscu zakwaterowania ubezpieczonego,
 - 3) pozostawiony w bagażniku pojazdu samochodowego zabezpieczonego w sposób uniemożliwiający otwarcie bez użycia narzędzi, pod warunkiem, że nie był on widoczny z zewnątrz.

2. Sprzęt narciarski objęty jest ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek:
 - 1) wystąpienia ryzyka elementarnego,
 - 2) kradzieży z włamaniem,
 - 3) rozboju,
 - 4) wypadku lub katastrofy środka komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej,
3. Sprzęt narciarski objęty jest również ochroną ubezpieczeniową, w przypadku utraty przez Ubezpieczonego w sposób nagły możliwości opiekowania się sprzętem narciarskim, w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego.
4. Na czas powierzenia sprzętu narciarskiego do przewozu zawodowemu przewoźnikowi na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody w sprzęcie narciarskim niezależnie od przyczyny ich powstania.
5. Ponadto sprzęt narciarski objęty jest ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek akcji ratowniczej, prowadzonej w związku ze zdarzeniami określonymi w ust. 2 i 3.
6. Dodatkowo sprzęt narciarski objęty jest ochroną ubezpieczeniową od zniszczenia lub uszkodzenia podczas używania przez Ubezpieczonego sprzętu narciarskiego, jeżeli uszkodzenie lub zniszczenie powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego i jeżeli Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku powstałego w wyniku tego samego zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia sprzętu narciarskiego, pod warunkiem że Ubezpieczony pozbawiony został możliwości korzystania z ubezpieczonego sprzętu narciarskiego, w wyniku zdarzeń określonych w ust.2-6 oraz w wyniku opóźnienia dostarczenia sprzętu narciarskiego do miejsca jego przeznaczenia o co najmniej 24 godziny przez zawodowego przewoźnika, któremu powierzono sprzęt narciarski do przewozu na podstawie odpowiedniego dokumentu przewozowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:

- 1) w sprzęcie narciarskim powstałe podczas jazdy na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi,
- 2) w sprzęcie narciarskim powstałe podczas używania niezgodnie z jego przeznaczeniem,
- 3) polegające na utracie wartości przedmiotu ubezpieczenia lub jego walorów estetycznych, które nie powodują braku możliwości dalszego użytkowania sprzętu narciarskiego zgodnie z jego przeznaczeniem.

Obowiązki ubezpieczonego

§ 7

1. Ubezpieczający jest obowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi wyliczenia rozmiaru szkody, sporządzone na własny koszt.
2. Niezależnie od obowiązków określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia Biznes&Podróż w przypadku zaistnienia szkody w sprzęcie narciarskim do obowiązków Ubezpieczonego należy:
 - 1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni, powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa i uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu,
 - 2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni, powiadomić przewoźnika o każdej szkodzie powstałej w sprzęcie narciarskim powierzonym do przewozu lub w czasie jazdy środkami komunikacji publicznej,

w przypadku gdy sprzęt narciarski znajdował się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego oraz uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu,

- 3) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni, powiadomić administrację lub właściciela budynku o każdym przypadku szkody w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego oraz uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu,
- 4) zabezpieczyć dowody zaistnienia szkody oraz rzeczy zniszczone lub uszkodzone w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez Ubezpieczyciela,
- 5) dostarczyć diagnozę lekarską, jeśli szkoda nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku, za który Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez Ubezpieczającego.
2. Suma ubezpieczenia stanowi górny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia wynosi 2 500 PLN lub 5 000 PLN.
4. W ramach powyższej sumy ubezpieczenia, limit związany z kosztami wypożyczenia sprzętu narciarskiego wynosi 10% sumy ubezpieczenia.

Sposób ustalania składki ubezpieczeniowej

§ 9

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn liczby dni trwania podróży i stawki określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależna jest od sumy ubezpieczenia okresu trwania podróży.
3. W umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Biznes&Podróż rozszerzonej o ubezpieczenia sprzętu narciarskiego, w odniesieniu do ubezpieczenia sprzętu narciarskiego nie stosuje się zwyczaj i zniżek określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia Biznes&Podróż.

Ustalanie rozmiaru szkody

§ 10

1. W ubezpieczeniu sprzętu narciarskiego, rozmiar szkody ustala się na podstawie cen detalicznych przedmiotów tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku, z dnia ustalenia odszkodowania albo według wysokości kosztów naprawy; wysokość tych kosztów powinna być udokumentowana rachunkiem wykonawcy.
2. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody w granicach sumy ubezpieczenia.
3. Zwrot kosztów naprawy nie może przekroczyć wartości odtworzeniowej przedmiotu.
4. W ubezpieczeniu sprzętu narciarskiego, jeżeli po wypłacie odszkodowania Ubezpieczający odzyskał utracone przedmioty, obowiązany jest zwrócić odszkodowanie wypłacone za te przedmioty, albo zrzec się praw do tych przedmiotów na rzecz Ubezpieczyciela.

5. Zwrot kosztów poniesionych w związku z wypożyczeniem sprzętu narciarskiego, o których mowa w § 5 ust. 7, zwracany jest na podstawie rachunków zawierających co najmniej:
- 1) imię i nazwisko osoby wypożyczającej (Ubezpieczonego),
 - 2) rodzaj sprzętu,
 - 3) datę wypożyczenia i oddania sprzętu,
 - 4) cenę usługi.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - 1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
 - 3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
 - 1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
 - 4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
 - 1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
 - 2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
 - 3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są cięższe na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
 - 4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaze dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - 2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
 - 3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
 - 4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
 - 5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
 - 6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
 - 7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

Aneks nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż z dnia 24 września 2018 r., zatwierdzonych przez Zarząd Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA Uchwałą Nr 72/2018 z dnia 21 września 2018 roku.

§ 1

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż (dalej „Ogólne Warunki Ubezpieczenia”):

a) w § 93 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodaje się ust. 4 o brzmieniu:

W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje”), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającą ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiegokolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.

b) Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia otrzymuje brzmienie:

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
 - 3) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
 - 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może

być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;

- 2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;
- 3) reasekuracji ryzyk;
- 4) dochodzenia roszczeń;
- 5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;
- 6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
- 7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
- 8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
- 9) analitycznych i statystycznych.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

- 1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;
- 2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;
- 3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej);
- 4) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
- 5) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.

6. ERGO Hestia przekaze dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
7. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - 2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
 - 3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
 - 4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;
 - 5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
 - 6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
 - 7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
8. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 7 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. W przypadku, gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu
ds. Ubezpieczeń



Adam Roman

