

**ERGO**

**HESTIA<sup>®</sup>**

Najwyższy standard ochrony

WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW OSÓB  
WYKONUJĄCYCH ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA

# Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Osób Wykonujących Zawód Lub Funkcje Ratownika

**ERGO**  
**HESTIA**<sup>®</sup>

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

**Przedsiębiorstwo:** Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń  
Ergo Hestia Spółka Akcyjna, Polska


**Produkt:** Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Osób Wykonujących Zawód Lub Funkcje Ratownika

Pełne informacje podane są w **Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków osób wykonujących zawód lub funkcje ratownika** z dnia 10.04.2024r. Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w WU.


W tym dokumencie, jeśli stosujemy formę „my” – mamy na myśli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?


Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (grupa 1 ubezpieczenie wypadków); to ubezpieczenie 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 wykonujących zawód lub funkcje ratownika w związku z wykonywaniem pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym;
- ✓ 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 osób z niepełnosprawnością, jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie;
- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej następstw nieszczęśliwych wypadków, za opłatą dodatkowej składki, zostanie rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (B i C), w tym: badania na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C), koszty leczenia antyretrowirusowego, jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV, jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW (B i C); zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika, świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika przez osoby trzecie;
- ✓ Sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wynosi zgodnie z poniższymi wariantami:
  - wariant I 20 000 PLN,
  - wariant II 30 000 PLN,
  - wariant III 40 000 PLN,
  - wariant IV 50 000 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia badania na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C) wynosi 1 000 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia kosztów leczenia antyretrowirusowego wynosi 5 000 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia jednorazowego świadczenia z tytułu zakażenia HIV wynosi 100 000 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia jednorazowego świadczenia z tytułu zakażenia WZW (B i C) wynosi 20 000 PLN;
- ✓ Sumę ubezpieczenia świadczenia z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika przez osoby trzecie wynosi 500 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika wynosi zgodnie z poniższymi wariantami:
  - wariant I – 50 PLN za dzień
  - wariant II – 70 PLN za dzień

 **Czego nie obejmuje ubezpieczenie?**

- ✗ szkód powstałych w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody;
- ✗ zatruc przewodu pokarmowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawiania ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających;
- ✗ zwrotu kosztów zakupu implantów i implantologii;
- ✗ następstw zawałów serca i udarów mózgu;
- ✗ następstw wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportów;
- ✗ następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek ataków terrorystycznych;
- ✗ samookaleczenia.

 **Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?**

- ! 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.
- ! wyrządzeniem umyślnie szkody lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- ! wyrządzeniem umyślnie szkody przez osobę bliską.

- wariant III – 100 PLN za dzień
- wariant IV – 150 PLN za dzień.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?



na całym świecie z wyłączeniem Iranu.



### Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

#### Obowiązki na początku umowy:

- 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

#### Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

- Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia składki;
- Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać wszelkie zmiany okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;
- Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;

#### W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

- 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;
- umożliwić ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.



### Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia w formie przelewu lub przekazu pocztowego na wskazany rachunek bankowy.



### Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków 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.



### Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

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.

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w Warunkach Ubezpieczenia 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 (")	
	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:
Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków	§4 ust.1-3, §5, §6 ust. 1 oraz 3-4, §7, §8, §10, §13, §17, §20, §22, §27 ust.3	§ 4 ust.4-7, § 6 ust. 2, §14 ust.2, §18, §25 ust.4, §26 ust.2, §27 ust.2
KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW	§1, § 2, §3, §4, §5, §6, §7	§10, §11, §13, §14
KLAUZULA ZASIŁKU DZIENNEGO Z TYTUŁU CZASOWEJ PEŁNEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA	§ 1 § 2 § 5	§ 3 § 4
KLAUZULA NARUSZENIA NIETYKALNOŚCI CIELESNEJ OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA	§ 1 , § 2, § 3	

## Postanowienia ogólne

### § 1

1. Na podstawie warunków ubezpieczenia jako Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, (dalej: „ERGO Hestia” lub „Ubezpieczyciel” ), w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawieramy umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, (dalej: „ubezpieczający”).
2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie warunków ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki niepodania do naszej wiadomości okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
4. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią warunków ubezpieczenia.
5. Zwracamy uwagę, że definicje używanych pojęć mogą odbiegać od typowego, powszechnego ich znaczenia, jak też od definicji zawartych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

## DEFINICJE

### § 2

Pojęcia, które zastosowaliśmy w warunkach ubezpieczenia przyjmują znaczenie zgodne z definicjami:

- 1) **Centrum Alarmowe** – organizator usługi assistance w imieniu ERGO Hestii,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 3) **osoba bliska** – małżonek, osoby pozostające w związku z partnerskim, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposobieni i przysposabiający,
- 4) **osoba uprawniona** – wskazana przez ubezpieczonego osoba fizyczna, uprawniona do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,
- 5) **osoby trzecie** - wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 6) **przyczyna zewnętrzna** - czynnik, który nie wypływa z wewnętrznych właściwości lub uwarunkowań organizmu człowieka. Przyczyną zewnętrzną jest działanie czynników zewnętrznych wobec organizmu człowieka takich jak działanie maszyn, pojazdów, osób innych niż ubezpieczony, przedmiotów, zwierząt lub takich czynników jak energia elektryczna, wysoka temperatura, hałas lub wstrząsy i które to były wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń. Jednocześnie zastrzegamy, że stres i przeżycia ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną,
- 7) **terroryzm** –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,
- 8) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, meczach, turniejach, zgrupowaniach i zawodach sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji, klubów lub organizacji czy stowarzyszeń sportowych,
- 9) **wykonywanie czynności pomocniczych** – wykonywanie na terytorium RP czynności w zakładach opieki zdrowotnej polegających na:
  - a) utrzymywaniu czystości;
  - b) pielęgnacji pacjentów;
  - c) rehabilitacji pacjentów;

d) opiece nad pacjentami;

10) **wykonywanie zawodu medycznego** – udzielanie świadczeń zdrowotnych na terytorium RP przez lekarzy medycyny, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych, w tym także udzielanie pierwszej pomocy,

11) **wypadek w ruchu lądowym** - nieszczęśliwy wypadek, w którym:

a) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze,

b) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu);

12) **WZW typ B** - przewlekłe zapalenie wątroby związane z wykonywaniem zawodu medycznego lub wykonywaniem czynności pomocniczych. Uszkodzenie mięszu wątroby w przebiegu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typ B do którego doszło w wyniku wypadku przy pracy zaistniałego w trakcie wykonywania obowiązków służbowych. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby dotyczy tylko osób, u których wystąpiła ostra faza wirusowego zapalenia wątroby i po 6 miesiącach od ostrej fazy utrzymują się markery wirusowego zapalenia wątroby;

13) **WZW typ C** - przewlekłe zapalenie wątroby związane z wykonywaniem zawodu medycznego lub wykonywaniem czynności pomocniczych. Uszkodzenie mięszu wątroby w przebiegu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typ C, do którego doszło w wyniku wypadku przy pracy zaistniałego w trakcie wykonywania obowiązków służbowych. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby dotyczy tylko osób, u których wystąpiła ostra faza wirusowego zapalenia wątroby i po 6 miesiącach od ostrej fazy utrzymują się markery wirusowego zapalenia wątroby;

14) **Szkoda** – powstałe bezpośrednio wskutek zdarzenia objętego szkodą niemajątkowe następstwo zdarzenia (szkoda na osobie).

### § 3

1. Wprowadzamy jedną klasę ryzyka, obejmującą czynności zawodowe, przez które rozumie się wykonywanie określonego w przepisach prawa zawodu lub funkcji ratownika, czynności lub działań ratowniczych, bez względu na stosunek prawny będący podstawą ich wykonywania:

- przez osobę posiadającą wymagane prawem uprawnienia i kwalifikacje, w tym przez wolontariusza,

- przez osobę nieposiadającą wymaganych prawem uprawnień i kwalifikacji osób wskazanych w ust. 1, będącą w trakcie nabywania tych kwalifikacji lub uprawnień wykonującą te czynności lub działania, w tym czynności i działania wchodzące w zakres zawodu lub funkcji ratownika, a także stażystów, praktykantów, a w szczególności wykonywanie: zawodu ratownika medycznego, dyspozytora medycznego, czynności osób z tytułem ratownika, działania ratownicze ratownika górskiego, ratownika narciarskiego, ratownika wodnego, ratownika lotniczego, ratownika górniczego, czynności członka ochotniczej drużyny ratowniczej, brzegowej stacji ratowniczej, pielęgniarza systemu ratownictwa medycznego oraz inne osoby wykonujące czynności i funkcje ratownicze.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA - NNW

### § 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się w zakresie całodobowym.

3. Zakres całodobowy obejmuje naszą odpowiedzialność 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.

4. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączamy 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) w wyniku wojny, konfliktu zbrojnego, działań wojennych (również bez formalnego wypowiedzenia wojny), inwazji lub wrogich działań innego państwa, aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu

wyjątkowego, wojny domowej, rebelii, przewrotu, rewolucji; niniejsze wyłączenie dotyczy również analogicznych działań odbywających się w cyberprzestrzeni (cyber-wojna, cyber-terrorizm), strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, rozruchów, sabotażu, lokautów;

- 6) wskutek prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, w tym roweru 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,
  - 8) w związku z uczestnictwem w ekspedycjach,
5. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
- 1) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm<sup>3</sup>, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
  - 2) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania 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, o ile są następstwem stanów chorobowych, zmian zwyrodnieniowych,
  - 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.
  - 7) następstw zawałów serca i udarów mózgu,
  - 8) następstw nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych na skutek ataków terrorystycznych.
6. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę bliską.

## **RODZAJE ŚWIADCZEŃ**

### **§5**

1. Wypłacamy 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% – 100 % określonej w umowie sumy ubezpieczenia,
  - b) w przypadku uszczerbku częściowego – procent określonej w umowie sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują powołani przez nas uprawnieni pracownicy, konsultanci medyczni lub lekarze orzekający – jednoosobowo lub w zespole (komisji). Czynią to w formie końcowego lub wstępnego orzeczenia.

### **§ 6**

1. Dokonujemy również zwrotu kosztów ponad określoną w umowie sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków:
  - 1) nabycia wyrobów medycznych do kwoty 5.000,00 PLN,
  - 2) przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością do kwoty 5.000,00 PLN,
  - 3) odbudowy stomatologicznej zębów do kwoty 2.000,00 PLN,
2. Nie zwracamy kosztów zakupu implantów i implantologii.
3. Koszty nabycia wyrobów medycznych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy były niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub

ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, że zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczeniową, ponad określoną w umowie ubezpieczenia sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwracamy ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez nas lekarzy, Komisji Lekarskich, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu, niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez nas środka transportu.

## **§ 7**

Zakres świadczeń wypłacanych w związku z zaistniałym wypadkiem został rozszerzony o jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie, pod warunkiem, że rozpoczęła się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i trwa co najmniej 6 miesięcy i będzie utrzymywać się co najmniej przez kolejne 24 miesiące liczone od daty jej rozpoczęcia – do wysokości 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie.

## **§8**

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie, spowodowana pogorszeniem się stanu zdrowia wskutek nieszczęśliwego wypadku, przysługuje Ubezpieczonemu, jeśli rozpoczęła się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i trwa co najmniej 6 miesięcy, i która zgodnie z orzeczeniem lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię będzie utrzymywać się co najmniej przez kolejne 24 miesiące liczone od daty jej rozpoczęcia, a Ubezpieczony zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie w tym okresie.
2. Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie uwzględnia się:
  - a) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji,
  - b) dotychczasowy przebieg leczenia (do dnia podjęcia decyzji przez lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię),
  - c) ocenę możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego pracy w dotychczasowym zawodzie.
3. Za dzień rozpoczęcia niezdolności do pracy uważa się dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku.

## **SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 9**

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie wniosku ubezpieczeniowego sporządzonego przez ubezpieczającego w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zamiast wniosku ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczający może wypełnić formularze elektroniczne zamieszczone na stronie internetowej pod adresem: [www.ratownik.e-wniosek.com](http://www.ratownik.e-wniosek.com), a potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa.
3. Informacje zawarte we wniosku ubezpieczeniowym, o którym mowa w ust. 1 lub w formularzu elektronicznym, o którym mowa w ust. 2, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
4. Wniosek ubezpieczeniowy, o którym mowa w ust. 1 lub formularz elektroniczny, o którym mowa w ust. 2, powinny zawierać co najmniej następujące dane:
  - 4.1 nazwę (imię i nazwisko) i adres ubezpieczającego,
  - 4.2 nazwę (imię i nazwisko) ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
  - 4.3 przedmiot i zakres ubezpieczenia,



- 4.4 sumę ubezpieczenia,  
4.5 okres ubezpieczenia,  
4.6 (imię i nazwisko) i adres osoby uprawnionej.
5. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, albo formularz elektroniczny, o którym mowa w ust. 2 nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 4, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, ubezpieczający powinien odpowiednio go uzupełnić, poprawić lub sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania od nas pisma.
6. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę doręczymy ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

## **SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ**

### **§ 10**

1. Składkę ubezpieczeniową ustalamy 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 zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy umowy ubezpieczenia oraz długości okresu ubezpieczenia.

### **§ 11**

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**

### **§ 12**

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta zgodnie z poniższymi wariantami według wyboru Ubezpieczającego:
  - 1) Wariant I dla Sumy Ubezpieczenia 20.000,00 PLN  
Składka 149,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
  - 2) Wariant II dla Sumy Ubezpieczenia 30.000,00 PLN  
Składka 231,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
  - 3) Wariant III dla Sumy Ubezpieczenia 40.000,00 PLN  
Składka 314,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
  - 4) Wariant IV dla Sumy Ubezpieczenia 50.000,00 PLN  
Składka 375,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

## **SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU**

### **§ 13**

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany 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 nam dokumentacji z leczenia,
  - 3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie nam dokumentacji medycznej,
  - 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez nas lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
  - 5) podjąć aktywną współpracę z nami w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
  - 6) umożliwić nam 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 osoba uprawniona zobowiązana jest nam dostarczyć dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się wyciąg z aktu zgonu i dokument potwierdzający przyczynę zgonu.
3. W przypadku niedopełnienia przez ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1, odmawiamy 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.

### **§ 14**

1. Ubezpieczony zobowiązany jest nam dostarczyć 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) rachunki lub faktury za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Zastrzegamy sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć nam na własny koszt.

## **SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA**

### **§ 15**

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia, a w przypadku dochodzonych kosztów, o których mowa w § 6 również udokumentowania wysokości roszczenia.

### **§ 16**

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują powołani przez nas uprawnieni pracownicy, konsultanci medyczni lub lekarze orzekający – jednoosobowo lub w zespole (komisji). Czynią to w formie końcowego lub wstępnego orzeczenia.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 1, ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu może również nastąpić na podstawie dostarczonych nam dowodów oraz dokumentacji medycznej.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy niezwłocznie po zakończeniu leczenia, nie później, niż według stanu z ostatniego dnia 24 - tego miesiąca, licząc od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. 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.

## **§ 17**

Jeżeli ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłacamy tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym zalicza się na jego poczet kwotę uprzednio wypłaconą w związku z tym samym wypadkiem.

## **§ 18**

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.

## **§ 19**

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.

## **§ 20**

Ponad określoną w umowie ubezpieczenia sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwracamy również, udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez nas dla uzasadnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

## **OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 21**

1. Okres ubezpieczenia określamy w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
3. Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy ponosimy odpowiedzialność przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, wezwiemy ubezpieczającego w formie pisemnej do zapłaty, wyznaczając mu dodatkowy termin nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku bezskutecznego upływu dodatkowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, możemy wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia, umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
5. 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 nasz rachunek – pod warunkiem, że na rachunku ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania naszego rachunku U odpowiednią kwotą, odpowiadającą wysokości składki lub jej raty.
6. Za zapłatę składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej, niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Nasza odpowiedzialność kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

8. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## **ZAWARCIE UMOWY NA CUDZY RACHUNEK**

### **§ 22**

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego).
2. Przysługuje nam roszczenie o zapłatę składki wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na naszą odpowiedzialność może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od nas.
4. Ubezpieczony może żądać od nas udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.
5. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania warunków ubezpieczenia ubezpieczonemu. Jeżeli ubezpieczony wyraża zgodę ubezpieczającemu na finansowanie kosztu składki, to ubezpieczający doręcza ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać nam dokument z takim potwierdzeniem.
6. 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.**

### **§ 23**

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić nas o wypadku niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości.
2. Powiadomienie może być dokonane:
  - 1) poprzez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl), lub
  - 2) pod numerem telefonu: 801 107 107 lub 58 555 5 555.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku niezwłocznego zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, możemy odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie, tylko wtedy gdy naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

### **§ 24**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywaliśmy 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 nas 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 nam wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które pytaliśmy 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. Nie ponosimy 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.

## **§ 25**

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, jesteśmy wolni od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. W granicach sumy ubezpieczenia zwracamy koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

## **UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA**

### **§ 26**

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 wypłacamy osobie uprawnionej.
3. Zgodnie z § 17, jeżeli ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłacamy osobie uprawnionej.

### **§ 27**

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

### **§ 28**

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobie uprawnionej wyznaczonej imiennie przez ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną, informując nas o tym w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

### **§ 29**

1. Koszty nabycia wyrobów medycznych, koszty przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością, zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłacamy je osobie uprawnionej.

## **§ 30**

Świadczenia, o których mowa w § 27 do § 30, nie przysługują osobie uprawnionej, która umyślnie spowodowała śmierć ubezpieczonego.

## **§ 31**

1. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej wskazanej 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 ubezpieczonego – w częściach równych.
2. W razie braku osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia zgodnie z § 27 - § 32 ust. 1, z przysługującego świadczenia wypłacamy, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszej kolejności 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**

### **§ 32**

1. Odszkodowanie lub świadczenia wypłacamy w złotych polskich.
2. Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie obcej, a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, przeliczamy je na walutę polską według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

### **§ 33**

1. Wypłacamy świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Wypłacamy 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 naszej odpowiedzialności albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia wypłacamy w terminie określonym w ust. 2.

## **WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO**

### **§ 34**

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformowaliśmy 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 udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, 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 30.05.2014 o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważamy za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć odstąpienie w sposób określony w §37.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

#### **§ 35**

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 35 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczymy od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

#### **§ 36**

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do nas powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem odmiennych postanowień warunków ubezpieczenia.

#### **§ 37**

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 nas lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez nas oraz naszego agenta wyłącznego, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
  - 1) Reklamacje można złożyć w następujący sposób:
    - a) poprzez formularz na stronie: [www.ergohestia.pl](http://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](http://www.ergohestia.pl).

6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego [www.rf.gov.pl](http://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 przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.
4. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, [www.rf.gov.pl](http://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.
5. Konsumenci mogą korzystać z platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich. Platforma ODR może być wykorzystywana jako źródło informacji i narzędzie do rozstrzygania sporów mogących powstać pomiędzy przedsiębiorcami i konsumentami. Do komunikacji z Platformą ODR służy łącze elektroniczne pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>. Adres poczty elektronicznej, pod którym mogą się Państwo z nami kontaktować to: [poczta@ergohestia.pl](mailto:poczta@ergohestia.pl).

## § 38

W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

## § 42

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego, a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.
4. 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 udzielającego 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.



## § 39

Warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 kwietnia 2024r. obowiązują do umów zawartych od tej daty.

## KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW

### § 1

Zachowując pozostałe niezmienione niniejszą klauzulą warunki ubezpieczenia ustalamy, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia rozszerzamy o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (B i C)

### § 2

Limity odpowiedzialności oraz składkę przedstawia poniższa tabela.

Zakres	Suma Ubezpieczenia
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C)	Limit: 1 000,00 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 5 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	100 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW (B i C)	20 000,00 PLN
Składka roczna za osobę	65,00 PLN

### § 3

1. Zakażenie wirusem HIV oznacza zakażenie Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), Zespołem Zaburzeń Związanych z AIDS (ARC), Ludzkim Wirusem Niedoboru Odporności (HIV) - niezależnie od tego jak zostaną nazwane.

2. W granicach limitu wynoszącego 5 000 PLN na cały okres ubezpieczenia zwrócimy ubezpieczonemu koszty terapii antyretrowirusowej, której ubezpieczony zobowiązany jest poddać się w następstwie niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi.

3. Jeżeli, mimo przejścia przez ubezpieczonego kuracji antyretrowirusowej, testy na obecność wirusa HIV przeprowadzone po upływie sześciu miesięcy od niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykażą, że ubezpieczony został zakażony wirusem HIV, to wypłacimy ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości 100 000,00 PLN.

4. W granicach limitu wynoszącego 1 000,00 PLN na cały okres ubezpieczenia zwrócimy ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa HIV po niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

### § 4

1. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B (WZW B) lub zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C).

2. Jeżeli którykolwiek z testów na obecność wirusa przeprowadzonych po upływie trzech oraz sześciu miesięcy od daty niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykaże, że ubezpieczony został zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście

miesiący od daty przeprowadzenia testu dającego pozytywny wynik badania na obecność wirusa WZW B lub WZW C.

3. Jeżeli po upływie okresu wyczekiwania, o którym mowa powyżej, testy na obecność wirusa potwierdzą, że ubezpieczony pozostaje zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to wypłacimy ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości 20 000,00 PLN. Świadczenie to może być wypłacone tylko jeden raz w okresie ubezpieczenia, niezależnie od liczby i rodzaju wirusów WZW, które pojawią się po niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

4. W granicach limitu wynoszącego 1 000,00 PLN na cały okres ubezpieczenia zwrócimy ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa WZW B i WZW C po niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

## **§ 5**

Warunkiem uzyskania świadczeń z umowy ubezpieczenia jest niezwłoczne, nie później niż w ciągu trzech dni, wszczęcie po niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi procedury poekspozycyjnej oraz przestrzeganie przez ubezpieczonego jej postanowień.

## **§ 6**

Jednorazowe świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV lub zakażenia WZW (B i C) wypłacimy po dokonaniu oceny zasadności roszczeń na podstawie analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi a zakażeniem.

## **§ 7**

Zwrócimy koszty, jakie ubezpieczony poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C) albo na zakup leku antyretrowirusowego, na podstawie rachunków.

## **§ 8**

Przez procedurę poekspozycyjną rozumiemy zbiór zasad postępowania na wypadek wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zakażeniem objętym umową ubezpieczenia oraz prowadzenia związanej z nim dokumentacji.

## **§ 9**

Przez niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi rozumiemy niezamierzony przez ubezpieczonego kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi innymi niż jego własne poprzez przerwanie ciągłości powłok ciała (np. poprzez zakłucie, przecięcie lub ugryzienie), przeniknięcie przez błonę śluzową lub poprzez bezpośredni kontakt z krwią (zwłaszcza, jeżeli skóra była spierzchnięta, popękana, otarta lub objęta zapaleniem skóry).

## **§ 10**

1. Wypłacimy świadczenia, o ile:

1) niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi miał miejsce w okresie ubezpieczenia, podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności służbowych w miejscu swojej pracy lub w związku z ratowaniem ludzkiego życia,

2) testy wykonane niezwłocznie po niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi wykażą, że bezpośrednio przed niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi ubezpieczony był wolny od zakażenia danym wirusem.

## **§ 11**

Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli:

- 1) doszło do przyjmowania leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
- 2) doszło do samobójstwa, jego usiłowania, albo celowego samookaleczenia ubezpieczonego,
- 3) ubezpieczony pozostawał pod wpływem alkoholu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu chyba, że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami uprawnionego lekarza, niebędącego członkiem rodziny ubezpieczonego,
- 4) doszło do przyjmowania przez ubezpieczonego dożylnie lub podskórnice leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez dyplomowanego lekarza.

## **§ 12**

W razie niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poinformować nas o tym fakcie oraz:

- 1) zastosować się do procedury poekspozycyjnej obowiązującej w miejscu pracy lub
- 2) zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego lub
- 3) zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.

## **§ 13**

Nie zwrócimy kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, jeżeli:

- 1) pracodawca ubezpieczonego jest obowiązany na podstawie umowy zawartej z ubezpieczonym lub powszechnie obowiązujących przepisów do pokrycia lub zwrotu ubezpieczonemu takich wydatków,
- 2) ubezpieczony z jakiegokolwiek przyczyny nie skorzysta z przysługujących mu świadczeń nieodpłatnych, w szczególności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **§ 14**

Ponadto nie zwrócimy kosztów poniesionych przez ubezpieczonego:

- 1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tym związane,
- 2) przekraczających sumę ubezpieczenia lub limity określone w umowie ubezpieczenia,
- 3) w związku z transportem do lub ze szpitala lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- 4) w związku z odwołaniem przez ubezpieczonego umówionej wizyty,
- 5) na środki lecznicze lub procedury medyczne, które nie odpowiadają oficjalnym standardom, albo są eksperymentalne lub nieudowodnione naukowo.

## **KLAUZULA ZASIŁKU DZIENNEGO Z TYTUŁU CZASOWEJ PEŁNEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA**

### **§ 1**

Zachowując pozostałe niezmienione niniejszą klauzulą warunki ubezpieczenia ustalamy, że za opłatą dodatkowej składki rozszerzymy zakres ubezpieczenia o zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika.

### **§ 2**

1. Zasiłek dzienny z tytułu udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim, czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika przysługuje w wysokości określonej w § 5 klauzuli za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika. Czasowa pełna niezdolność do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika musi być potwierdzona przez lekarza orzeczeniem lekarskim.

2. Zasiłek dzienny w związku z nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje od 10 dnia liczonego od daty wystąpienia wypadku, a jeżeli niezdolność do wykonywania pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika wynosi co najmniej 30 dni – od następnego dnia po wypadku, nie dłużej jednak niż przez okres 180 dni.

3. Zasiłek dzienny w związku z chorobą przysługuje od 10 dnia liczonego od daty wystąpienia czasowej pełnej niezdolności do wykonywania pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika wskutek choroby, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni.

4. W przypadku wystąpienia jednocześnie nieszczęśliwego wypadku i choroby przysługuje tylko jedno świadczenie za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy zgodnie z wystawionym zwolnieniem lekarskim.

### **§ 3**

W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w § 1 przestaje być wypłacane począwszy od pierwszego dnia po zakończeniu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika. Wypłata świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 2 miesiące, następuje po zakończeniu niezdolności zgodnie z wystawionym zaświadczeniem lekarskim.

### **§ 4**

1. Przysługuje nam prawo odmowy wypłaty całości lub części świadczenia, w przypadku stwierdzenia, że w czasie niezdolności do pracy ubezpieczony wykonywał pracę osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika.

2. Ubezpieczonemu przysługują trzy świadczenia z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą w okresie ubezpieczenia.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zasiłku dziennego z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika w związku z chorobą zdiagnozowaną w okresie 2 lat przed datą będącą początkiem okresu pierwszej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem kontynuacji umowy ubezpieczenia.

4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zasiłku dziennego z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika w związku z chorobą przewlekłą, wrodzoną wadą/anomalią fizyczną lub psychiczną.

### **§ 5**

Świadczenie należne za każdy dzień nieprzerwanie trwającej czasowej pełnej niezdolności do wykonywania pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika zależne jest od wybranego wariantu ubezpieczenia i za zapłatą ustalonej wysokości składki na podstawie poniższej tabeli:

Wariant	Świadczenie dzienne	Składka roczna
I	50 PLN	396 PLN
II	70 PLN	552 PLN
III	100 PLN	792 PLN
IV	150 PLN	1056 PLN

## § 6

1. Klauzula zasiłku dziennego z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika może zostać wykupiona na rzecz osoby fizycznej, która posiada aktualne kwalifikacje ratownika medycznego obejmujące czynności zawodowe, przez które rozumie się wykonywanie określonego w przepisach prawa zawodu lub funkcji ratownika, czynności lub działań ratowniczych, bez względu na stosunek prawny będący podstawą ich wykonywania z wyłączeniem umowy o pracę oraz uzyskuje w Polsce regularne przychody z tego tytułu.

2. Za regularne przychody uznaje się stały przychód otrzymywany przez ratownika zgodnie z zapisami kontraktu w czasie jego trwania, z wyłączeniem sytuacji, w której przerwa w wykonywaniu kontraktu trwa dłużej niż 3 miesiące.

## § 7

1. Ubezpieczony celem otrzymania świadczenia obowiązany jest dostarczyć nam niezbędne dokumenty:

a) orzeczenie lekarskie na druku ZLA lub jeśli wystawienie na druku ZLA nie jest możliwe – inne orzeczenie lekarskie stwierdzające czasową pełną niezdolność do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika, długość trwania oraz jej przyczynę/diagnozę zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10,

b) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopię karty wypisu ze szpitala, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej oraz określające dokładną diagnozę (zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10), przyczynę oraz datę zajścia nieszczęśliwego wypadku,

c) w przypadku leczenia szpitalnego – kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub kopię karty wypisu ze szpitala z określeniem diagnozy.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć nam na własny koszt. Zaświadczenia i orzeczenia wystawiane przez ubezpieczonego, ubezpieczającego, ich małżonków, rodziców i dzieci nie są wystarczającym dokumentem do stwierdzenia czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika.

3. Wypłacamy świadczenie dzienne w wysokości i w zakresie obowiązującym na dzień wystąpienia czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika.

4. Ubezpieczający/ubezpieczony jest zobowiązany podjąć aktywną współpracę z nami w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika, w tym również poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez nas lub ewentualnej obserwacji klinicznej.

5. Zastrzegamy sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, w tym powołania komisji lekarskiej.

6. Zwracamy ubezpieczonemu także udokumentowane koszty badań lekarskich zleconych przez nas dla uzasadnienia roszczeń.

7. Wypłacamy świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.

8. Wypłacamy odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zaistnieniu czasowej pełnej niezdolności do pracy osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika, o ile został dostarczony komplet dokumentów określony w § 7 ust.1.

9. Jeżeli w terminie określonym w ust. 6 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności 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 świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 6.

## **KLAUZULA NARUSZENIA NIETYKALNOŚCI CIELESNEJ OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA**

### **§ 1**

Zachowując pozostałe niezmienione niniejszą klauzulą warunki ubezpieczenia ustalamy, że zakres ubezpieczenia rozszerzamy o świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej osoby wykonującej zawód lub funkcje ratownika przez osoby trzecie rozumianą jako fizyczną napaść, zaistniałe podczas wykonywania czynności zawodowych.

### **§ 2**

W przypadku naruszenia nietykalności cielesnej na osobie wykonującej zawód lub funkcje ratownika ciąży obowiązek:

- a. niezwłocznego powiadomienia Policji o zaistniałym zdarzeniu,
- b. dostarczenia nam pisemnego poświadczenia Policji o fakcie zgłoszenia zdarzenia.
- c. poddania się obdukcji lekarskiej po zdarzenia potwierdzającej skutki napaści oraz przedstawienia jej wyników.

### **§ 3**

Suma ubezpieczenia: 500 PLN – Limit świadczeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia: 1.

### **§ 4**

Składka dodatkowa za klauzulę: 17 PLN

# ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD LUB FUNKCJE RATOWNIKA

## Oświadczenie Administratora Danych Osobowych:

### Kto jest administratorem Pani/Pana danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.

Mogą się Państwo z nami kontaktować:

1. pisemnie – pisząc list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2. telefonicznie – dzwoniąc pod numer: 801 107 107 lub 58 555 55 55.

### Kto jest inspektorem ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, który wspiera nas w realizacji obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.

Mogą się z nim Państwo kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw, które Państwu w tym zakresie przysługują:

1. pisemnie – wysyłając list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2. elektronicznie – na adres mailowy: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl);
3. przez formularz kontaktowy – w sekcji Ochrona Danych Osobowych na [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

### W jakich celach przetwarzamy dane osobowe

#### CELE PRZETWARZANIA DANYCH

ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej oraz zawarcia umowy

weryfikacja i zapewnienie poprawności danych identyfikacyjnych

reasekuracja ryzyk

wykonanie umowy ubezpieczenia, m.in. likwidacja szkód

dochodzenie roszczeń

marketing bezpośredni własnych produktów i usług

przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym

#### DODATKOWE INFORMACJE

aby ustalić wysokości składki ubezpieczeniowej stosujemy **profilowanie**. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji ma Pan/Pani prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, do jej zakwestionowania, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka). Decyzje związane z profilowaniem podejmujemy na podstawie danych zebranych w procesie tworzenia oferty ubezpieczenia i zawarcia umowy.

Pozyskiwane dane są adekwatne do oceny danego ryzyka. dane osób fizycznych, które prowadzą jednoosobową działalność gospodarczą, w zakresie: NIP, Regon, PKD, adresu rejestrowego siedziby działalności, formy prowadzonej działalności i daty jej rozpoczęcia – pozyskujemy z Głównego Urzędu Statystycznego zmniejszamy ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową aby ustalić ścieżkę likwidacyjną stosujemy profilowanie na podstawie danych zebranych w trakcie zgłoszenia szkody oraz danych zawartych w naszych bazach. 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 zgłoszenia szkody 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. w sytuacji spornej między nami może się zdarzyć, że będziemy zmuszeni dochodzić swoich roszczeń albo podjąć decyzję o przeniesieniu wierzycelności innemu podmiotowi prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Państwa danych, co pozwala nam na komunikowanie się z Państwem oraz tworzenie profili marketingowych, w tym stosowanie profilowania jeżeli będzie to niezbędne do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu naszej działalności dla celów przestępczych

<b>rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań</b>	rozpatrujemy zgłoszone do nas reklamacje i odwołania dotyczące naszych usług, a także kierowane do nas wnioski i zapytania
<b>wypełnienie obowiązków wynikających z przepisów prawa</b>	m. in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości oraz rozpatrywanie reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz innych podmiotów, do których jesteśmy zobowiązani raportować
<b>obsługa klientów za pośrednictwem infolinii</b>	Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w postaci nagrania rozmowy
<b>wypełnienie obowiązków w związku z sankcjami</b>	wykonujemy obowiązki związane z sankcjami wprowadzanymi regulacjami m.in. Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej
<b>analitika i statystyka</b>	w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej prowadzimy własną analitykę i statystykę
<b>cele wyrażone w zgodzie</b>	jeżeli wyrażą Państwo zgodę, to będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w celach wyrażonych w zgodzie (innych niż wymienione powyżej)

## Jaka jest podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych

- niezbędność do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia**, objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy;
- prawnie uzasadniony interes administratora danych** to m.in. marketing bezpośredni usług własnych, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę towarzystwa ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, analitika i statystyka;
- wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych** (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej) to m.in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości oraz rozpatrywanie reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz innych podmiotów, do których jesteśmy zobowiązani raportować;
- uzasadniony interes strony trzeciej**, czyli podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należymy), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
- zgoda** – jeżeli została dobrowolnie wyrażona.

## Do jakich odbiorców przekazywane będą Pani/Pana dane osobowe

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in. dostawcom usług IT (w tym m.in. dostawcom usług chmury obliczeniowej), agentom ubezpieczeniowym, podmiotom, które przeprowadzają postępowanie likwidacyjne lub świadczą na naszą rzecz usługi archiwizacyjne. Podmioty te przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z nami i wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami,
- podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności,
- zakładom reasekuracji,
- placówkom medycznym,
- innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody,
- innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody,
- innym administratorom w przypadku naszego prawnie uzasadnionego interesu.

Jeżeli wyrażą Państwo zgodę, to będziemy mogli przekazywać Państwa dane innym zakładom ubezpieczeń – w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz podmiotom z grupy kapitałowej ERGO Hestia – w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

## Czy i na jakich zasadach możemy przekazać Państwa dane osobowe poza EOG

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotów, których siedziba znajduje się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, o ile będzie to konieczne dla wykonania umowy ubezpieczenia. Przekazanie będzie realizowane przy zapewnieniu odpowiedniego stopnia ochrony danych. Może Pan/Pani zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia.

## Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

- prawo do wycofania zgody** – jeżeli wycofają Państwo zgodę na przetwarzanie danych, to pozostanie to bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;



2. **prawo dostępu do danych osobowych** (informacji o przetwarzanych danych, kopii danych) oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
3. **prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych** – mogą Państwo sprzeciwić wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora, a zwłaszcza jeżeli przetwarzamy je na potrzeby marketingu bezpośredniego (w tym wobec profilowania);
4. **prawo do przenoszenia danych osobowych** – mogą Państwo otrzymać od nas swoje dane osobowe w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;
5. **prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**, który zajmuje się ochroną danych osobowych;
6. **prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień** co do podstaw podjętej decyzji w sposób automatyczny – jeżeli stosujemy profilowanie, czyli podejmujemy decyzje w sposób automatyczny, to mają Państwo prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjęcia takiej decyzji; mogą Państwo zakwestionować tak wydaną decyzję oraz wyrazić własne stanowisko lub żądać interwencji człowieka, który ponownie przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Jeżeli będą Państwo chcieli skorzystać z tych praw, prosimy o kontakt.

### **Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe**

Jeżeli została zawarta umowa ubezpieczenia (objęcie ochroną ubezpieczeniową), dane osobowe będziemy przechowywać 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 (objęcia ochroną ubezpieczeniową), dane osobowe będziemy przechowywać do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.

Jeżeli otrzymamy stosowną zgodę, 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.

### **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe: zawarcie umowy ubezpieczenia, przedstawienie oferty oraz przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego.

Jeżeli podanie danych osobowych jest konieczne do rozpatrzenia reklamacji – to jeżeli nie zostaną one podane, nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

## Oświadczenie Administratora Danych Osobowych dla ubezpieczonego:

### Kto jest administratorem Pani/Pana danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.

Mogą się Państwo z nami kontaktować:

1. pisemnie – pisząc list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2. telefonicznie – dzwoniąc pod numer: 801 107 107 lub 58 555 55 55.

### Kto jest inspektorem ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, który wspiera nas w realizacji obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.

Mogą się z nim Państwo kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw, które Państwu w tym zakresie przysługują:

1. pisemnie – wysyłając list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2. elektronicznie – na adres mailowy: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl);
3. przez formularz kontaktowy – w sekcji Ochrona Danych Osobowych na [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

### W jakich celach przetwarzamy dane osobowe

#### CELE PRZETWARZANIA DANYCH

ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej oraz zawarcia umowy

weryfikacja i zapewnienie poprawności danych identyfikacyjnych

reasekuracja ryzyk

wykonanie umowy ubezpieczenia, m.in. likwidacja szkód

dochodzenie roszczeń

marketing bezpośredni własnych produktów i usług

przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym

rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań

wypełnienie obowiązków wynikających z przepisów prawa

obsługa klientów za pośrednictwem infolinii

#### DODATKOWE INFORMACJE

aby ustalić wysokości składki ubezpieczeniowej stosujemy profilowanie. W związku z zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji ma Pan prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, do jej zakwestionowania, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka). Decyzje związane z profilowaniem podejmujemy na podstawie danych zebranych w procesie tworzenia oferty ubezpieczenia i zawarcia umowy. Pozyskiwane dane są adekwatne do oceny danego ryzyka. dane osób fizycznych, które prowadzą jednoosobową działalność gospodarczą, w zakresie: NIP, Regon, PKD, adresu rejestrowego siedziby działalności, formy prowadzonej działalności i daty jej rozpoczęcia – pozyskujemy z Głównego Urzędu Statystycznego zmniejszamy ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową aby ustalić ścieżkę likwidacyjną stosujemy profilowanie na podstawie danych zebranych w trakcie zgłoszenia szkody oraz danych zawartych w naszych bazach. 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 zgłoszenia szkody 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. w sytuacji spornej między nami może się zdarzyć, że będziemy zmuszeni dochodzić swoich roszczeń albo podjąć decyzję o przeniesieniu wiarytelności innemu podmiotowi prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Państwa danych, co pozwala nam na komunikowanie się z Państwem oraz tworzenie profili marketingowych, w tym stosowanie profilowania jeżeli będzie to niezbędne do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu naszej działalności dla celów przestępczych rozpatrujemy zgłoszone do nas reklamacje i odwołania dotyczące naszych usług, a także kierowane do nas wnioski i zapytania m. in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości oraz rozpatrywanie reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz innych podmiotów, do których jesteśmy zobowiązani raportować Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w postaci nagrania rozmowy

wypełnienie obowiązków w związku z sankcjami

analitika i statystyka

cele wyrażone w zgodzie

wykonujemy obowiązki związane z sankcjami wprowadzanymi regulacjami m.in. Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej prowadzimy własną analitykę i statystykę  
jeżeli wyrażą Państwo zgodę, to będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w celach wyrażonych w zgodzie (innych niż wymienione powyżej)

## Od kogo pozyskaliśmy Pani/Pana dane osobowe

W celu zawarcia umowy ubezpieczenia na Pani/Pana rzecz, możemy pozyskiwać od Ubezpieczającego następujące dane osobowe: imię, nazwisko, numer PESEL, adres zamieszkania, adres e-mail oraz numer telefonu.

## Jaka jest podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych

1. **niezbędność do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia**, objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy;
2. **prawnie uzasadniony interes administratora danych** to m.in. marketing bezpośredni usług własnych, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę towarzystwa ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, analitika i statystyka;
3. **wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych** (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej) to m.in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości oraz rozpatrywanie reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz innych podmiotów, do których jesteśmy zobowiązani raportować;
4. **uzasadniony interes strony trzeciej**, czyli podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należymy), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
5. **zgoda** – jeżeli została dobrowolnie wyrażona.

## Do jakich odbiorców przekazywane będą Pani/Pana dane osobowe

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in. dostawcom usług IT (w tym m.in. dostawcom usług chmury obliczeniowej), agentom ubezpieczeniowym, podmiotom, które przeprowadzają postępowanie likwidacyjne lub świadczą na naszą rzecz usługi archiwizacyjne. Podmioty te przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z nami i wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami
- podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności,
- zakładom reasekuracji,
- placówkom medycznym,
- innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody,
- innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody,
- innym administratorom w przypadku naszego prawnie uzasadnionego interesu.

Jeżeli wyrażą Państwo zgodę, to będziemy mogli przekazywać Państwa dane innym zakładom ubezpieczeń – w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz podmiotom z grupy kapitałowej ERGO Hestia – w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

## Czy i na jakich zasadach możemy przekazać Państwa dane osobowe poza EOG

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotów, których siedziba znajduje się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, o ile będzie to konieczne dla wykonania umowy ubezpieczenia. Przekazanie będzie realizowane przy zapewnieniu odpowiedniego stopnia ochrony danych. Może Pan/Pani zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia.

## Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

1. **prawo do wycofania zgody** – jeżeli wycofają Państwo zgodę na przetwarzanie danych, to pozostanie to bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

2. **prawo dostępu do danych osobowych** (informacji o przetwarzanych danych, kopii danych) oraz prawo żądania ich sprostowania (poprawiania), ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;
3. **prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych** – mogą Państwo sprzeciwić sobie przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora, a zwłaszcza jeżeli przetwarzamy je na potrzeby marketingu bezpośredniego (w tym wobec profilowania);
4. **prawo do przenoszenia danych osobowych** – mogą Państwo otrzymać od nas swoje dane osobowe w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;
5. **prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**, który zajmuje się ochroną danych osobowych;
6. **prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień** co do podstaw podjętej decyzji w sposób automatyczny – jeżeli stosujemy profilowanie, czyli podejmujemy decyzje w sposób automatyczny, to mają Państwo prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjęcia takiej decyzji; mogą Państwo zakwestionować tak wydaną decyzję oraz wyrazić własne stanowisko lub żądać interwencji człowieka, który ponownie przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Jeżeli będą Państwo chcieli skorzystać z tych praw, prosimy o kontakt.

## **Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe**

Jeżeli została zawarta umowa ubezpieczenia (objęcie ochroną ubezpieczeniową), dane osobowe będziemy przechowywać 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 (objęcia ochroną ubezpieczeniową), dane osobowe będziemy przechowywać do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.

Jeżeli otrzymamy stosowną zgodę, 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.

## **Informacja o wymogu podania danych**

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe: zawarcie umowy ubezpieczenia, przedstawienie oferty oraz przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego.

Jeżeli podanie danych osobowych jest konieczne do rozpatrzenia reklamacji – to jeżeli nie zostaną one podane, nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.