

ERGO
HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

**WARUNKI DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ RATOWNIKÓW I
DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH**

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ratowników i dyspozytorów medycznych

ERGO
HESTIA®

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń
ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej ratowników i dyspozytorów medycznych

Pełne informacje podane są w **Warunkach Ubezpieczenia** odpowiedzialności cywilnej ratowników i dyspozytorów medycznych z dnia 31-01-2020 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie majątkowe grupa 13 z działu II załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej)



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna osoby objętej ubezpieczeniem za szkody na osobie lub szkody w mieniu wyrządzone osobie trzeciej w następstwie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, podczas lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowej bądź posiadaniem lub użytkowaniem mienia w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, o ile roszczenia z tych wypadków zostaną zgłoszone przed upływem terminu ich przedawnienia

✓ Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniem mogą zostać objęte (klauzule dodatkowe):

1) (Naruszenie praw pacjenta)

szkody polegające na naruszeniu praw pacjenta, zgodnie z brzmieniem ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2011, Nr 113, poz. 660, z późn. zm.), polegających na naruszeniu:

- prawa do informacji o stanie zdrowia,
- prawa do zachowania tajemnicy,
- prawa do poszanowania godności i intymności,
- prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

2) (Pomoc psychologiczna/psychiatryczna)

niezbędne koszty konsultacji ratownika lub dyspozytora medycznego u wykwalifikowanego psychologa/psychiatry poświadczone fakturą VAT.

✓ Ubezpieczający wskazuje sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W stosunku do określonych rodzajów szkód (zakres rozszerzony) można w umowie określić indywidualne limity w ramach ogólnej sumy gwarancyjnej (sublimity).



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód:

✗ wyrządzonych umyślnie przez ubezpieczonego,



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej za szkody:

- ! wyniki z wypadków zaistniałych przed datą początkową,
- ! grzywny i kary pieniężne, w tym kary umowne, należne od osoby objętej ubezpieczeniem,
- ! szkody, za które osoba objęta ubezpieczeniem jest odpowiedzialna wskutek przyjęcia w umowie odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa,
- ! szkody spowodowane ściekami lub odpadami związanymi z działalnością osoby objętej ubezpieczeniem,
- ! szkody wyrządzone w wyniku działań wojennych,
- ! szkody objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna z tytułu szkód wyrządzonych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ✓ Za opłatą dodatkowej składki w wysokości 50% składki ubezpieczeniowej, bez względu na wariant wybranej przez Ubezpieczającego sumy gwarancyjnej, Umowa ubezpieczenia obejmuje również wypadki, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanady



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

- 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; 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.
- W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki,
- Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości,

W razie zajścia wypadku ubezpieczony ma obowiązek:

- użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
- niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od powstania wypadku zawiadomić o nim Ubezpieczyciela,
- podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn powstania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru,
- stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela udzielając mu informacji i odpowiednich pełnomocnictw,
- zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń lub zawarcia z nim ugody do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę i godzinę uzgodnioną przez strony umowy. Okres ubezpieczenia trwa 1 rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).



Jak rozwiązać umowę?

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.

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.

Poniższa tabela informuje, które z postanowień zawartych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ratowników i dyspozytorów medycznych regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer zapisu
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	§ 4, § 6 § 8 § 14 pkt. 2 § 19 § 24 § 30 § 31
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§ 5 § 7 § 11 § 14 pkt. 2,3 § 15 § 17 pkt. 2 § 18 pkt. 2 § 25

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych „Warunków Dobrowolnego Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ratowników i dyspozytorów medycznych”, zwanych dalej „Warunkami Ubezpieczenia”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zwane dalej „Umowami ubezpieczenia”, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

2. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

3. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

4. 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.

§ 2

1. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych indywidualnie przez strony warunkach, odbiegających od postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

2. W przypadku rozbieżności warunków uzgodnionych indywidualnie przez strony, w tym uzgodnionych za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego, z postanowieniami Warunków ubezpieczenia, pierwszeństwo mają warunki uzgodnione indywidualnie przez strony, w tym uzgodnione za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego.

Warunki uzgodnione indywidualnie przez strony, w tym uzgodnione za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego, odbiegające od postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia, wymagają zachowania formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 3

Użyte w niniejszych Warunkach ubezpieczenia oraz w Umowie ubezpieczenia terminy lub zwroty, zarówno w liczbie pojedynczej, jak i w liczbie mnogiej, będą miały następujące znaczenie, chyba że inaczej zastrzeżono:

1) czynność zawodowa - 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 tiret pierwsze, będącą w trakcie nabywania kwalifikacji lub uprawnień wykonującą te czynności lub działania, w tym czynności i działania wchodzące w zakres zawodu lub funkcji ratownika, uwzględniając 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 i brzegowej stacji ratowniczej;

2) data początkowa – data rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w pierwszej umowie ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na rzecz tego samego Ubezpieczonego pod warunkiem, że przerwa w ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Ubezpieczyciela na podstawie różnych umów ubezpieczenia nie przekroczyła 14 kolejnych dni, przy czym:

a) w przypadku przerwy w ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Ubezpieczyciela na podstawie różnych umów ubezpieczenia dłuższej, niż 14 kolejnych dni, za datę początkową uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w nowej umowie ubezpieczenia;

b) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia zawartej na kolejny okres ubezpieczenia, za datę początkową dla wypadków lub szkód objętych ochroną w wyniku tego rozszerzenia zakresu ubezpieczenia uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, w której po raz pierwszy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela o te wypadki lub szkody, w zależności od tego, która z tych dat jest

wcześniejsza;

c) w przypadku gdy Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków ubezpieczenia stanowi kontynuację poprzedniej

d) umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na rzecz

e) Ubezpieczonego, w której za wypadek przyjmowano zgłoszenie roszczenia, albo śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, utratę, zniszczenie, uszkodzenie rzeczy ruchomej lub nieruchomości (albo wszelkie ich szkody następne takie jak straty, utracone korzyści) lub obowiązek zapłaty zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową (krzywdę), Umowa ubezpieczenia obejmuje również odpowiedzialność Ubezpieczyciela za szkody wynikłe z wypadków mających miejsce po dacie początkowej, pod warunkiem:

- opłacenia składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości za wszystkie umowy ubezpieczenia zawarte z Ubezpieczycielem,
- że w chwili zawierania Umowy ubezpieczenia, osoba objęta ubezpieczeniem nie wiedziała, ani przy zachowaniu należytej staranności nie mogła się dowiedzieć, że wypadek już zaszedł,

- ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela do wysokości sumy gwarancyjnej określonej w Umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków ubezpieczenia;

3) franszyza redukcyjna - określona w Warunkach Ubezpieczenia lub w Umowie ubezpieczenia, w procentach lub kwotowo, wartość redukująca odszkodowanie wypłacane przez Ubezpieczyciela z tytułu jednego wypadku, dotyczące wyłącznie szkód w mieniu, chyba że uzgodniono inaczej;

4) osoba bliska – małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, jak również osoba z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym pożyciu;

5) osoba objęta ubezpieczeniem:

a) Ubezpieczający, jeżeli zawiera Umowę ubezpieczenia na swoją rzecz;

b) Ubezpieczony na rzecz którego została zawarta Umowa ubezpieczenia;

6) osoba trzecia - wszystkie osoby inne, niż osoby objęte ubezpieczeniem, przy czym osobą trzecią jest również Ubezpieczający, jeżeli nie zawiera Umowy ubezpieczenia na swoją rzecz;

7) szkoda – szkoda na osobie lub szkoda w mieniu;

8) szkoda na osobie - śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub naruszenie innych dóbr osobistych oraz wszelkie szkody następne, w tym straty, utracone korzyści oraz obowiązek zapłaty zadośćuczynienia za szkodę niemajątkową (krzywda);

9) szkoda w mieniu - utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy ruchomej lub nieruchomości oraz wszelkie szkody następne, w tym straty i utracone korzyści;

10) szkoda seryjna - wszystkie szkody będące następstwem tego samego wypadku, niezależnie od osób poszkodowanych, uważa się za jedną szkodę i przyjmuje się, że miała ona miejsce w chwili wystąpienia pierwszej takiej szkody, z tym zastrzeżeniem, że nie ma to zastosowania do obliczania terminów przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia;

11) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia, do której mają zastosowanie Warunki ubezpieczenia;

12) Ubezpieczony – osoba, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia, wskazana w Umowie ubezpieczenia;

13) Ubezpieczyciel – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000024812, posiadająca numer NIP 5850001690,

numer REGON 002892238, opłacony w całości kapitał zakładowy w wysokości 185.980.900,00 zł;

14) wartości pieniężne - krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, чеки, weksle i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę oraz złoto, srebro i wyroby z tych metali, kamienie szlachetne i perły, a także platyna i pozostałe metale z grupy platynowców,

15) wypadek - działanie lub zaniechanie osoby objętej ubezpieczeniem, powodujące wystąpienie szkody; za datę zaniechania przyjmuje się ostatnią w danych okolicznościach chwilę, w której osoba objęta ubezpieczeniem mogła podjąć działanie zapobiegające wystąpieniu szkody; wszystkie wypadki wynikające z tej samej przyczyny uważa się za jeden wypadek i przyjmuje się, że miał on miejsce w chwili wystąpienia pierwszego działania lub zaniechania.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna osoby objętej ubezpieczeniem za szkody na osobie lub szkody w mieniu wyrządzone osobie trzeciej w następstwie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, podczas lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowej bądź posiadaniem lub użytkowaniem mienia w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, o ile roszczenia z tych wypadków zostaną zgłoszone przed upływem terminu ich przedawnienia

1. Umowa ubezpieczenia obejmuje szkody na osobie lub szkody w mieniu wyrządzone z winy nieumyślnej, w tym z rażącego niedbalstwa jak również w stanie wyższej konieczności w związku z wykonywaniem czynności zawodowej .

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia obejmuje wypadki, które wystąpiły na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Za opłatą dodatkowej składki w wysokości 50% składki ubezpieczeniowej, bez względu na wariant wybranej przez Ubezpieczającego sumy gwarancyjnej, Umowa ubezpieczenia obejmuje również wypadki, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanady.

§ 6

Umowa ubezpieczenia obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną:

- 1) za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym (odpowiedzialność deliktową) oraz wynikię z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktową);
- 2) za szkody wyrządzone osobom bliskim osoby objętej ubezpieczeniem;
- 3) za szkody wyrządzone współpracownikom osoby objętej ubezpieczeniem; za współpracowników uważa się osoby wykonujące pracę, zawód, funkcje, inne czynności lub badania, w tym naukowe, bez względu na podstawę prawną ich wykonywania, w tym również na podstawie powołania, wyboru, mianowania, umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę, tzw. kontraktu, umowy prawa cywilnego, umowy o praktyki, umowy o staż, umowy o wolontariat lub innej podobnej umowy, zatrudnione przez osobę objętą ubezpieczeniem lub przez osobę trzecią, na rzecz której osoba objęta ubezpieczeniem wykonuje czynności zawodowe, bez względu na podstawę ich wykonywania;
- 4) za szkody wyrządzone osobom trzecim zatrudniającym osobę objętą ubezpieczeniem, bez względu na stosunek prawny, w tym na podstawie powołania, wyboru, mianowania, umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę, tzw. kontraktu, umowy prawa cywilnego, umowy o praktyki, umowy o staż, umowy o wolontariat lub innej podobnej umowy;
- 5) za szkody polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu wartości pieniężnych, akt lub dokumentów;
- 6) za szkody wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej, w tym HIV, WZW – żółtaczką, gronkowca oraz innej, zgodnie z wykazem zakażeń oraz chorób zakaźnych stanowiącym załącznik do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 947 z późn. zm.);
- 7) za szkody związane z posiadaniem lub użytkowaniem mienia w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, w tym, m.in. aparatury, sprzętu medycznego, sprzętu elektronicznego;
- 8) za szkody polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu mienia powierzonego osobie objętej ubezpieczeniem oraz mienia, z którego osoba objęta ubezpieczeniem korzystała na podstawie umowy najmu, leasingu, dzierżawy, użytkowania, użyczenia, przechowania, testowania lub innej umowy o podobnym charakterze, albo korzystała bez tytułu prawnego, w tym również w pojazdach mechanicznych oraz w znajdującym się w nich mieniu (np. w sprzęcie elektronicznym medycznym i niemedycznym); dla szkód, o których mowa w niniejszym pkt. 8) obowiązuje limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wysokości 50.000,00 zł na jeden wypadek i 150.000,00 zł na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia w tym dla szkód w pojazdach mechanicznych polegających na ich zniszczeniu lub uszkodzeniu, o których mowa w niniejszym pkt. 8) w wysokości 20.000,00 zł na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia;
- 9) za szkody poniesione przez pracodawcę osoby objętej ubezpieczeniem dochodzone w zakresie roszczeń regresowych.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

- 1) wynikię z wypadków zaistniałych przed datą początkową;
- 2) grzywny i kary pieniężne, w tym kary umowne, należne od osoby objętej ubezpieczeniem;
- 3) szkody, za które osoba objęta ubezpieczeniem jest odpowiedzialna wskutek przyjęcia w umowie odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa;
- 4) szkody spowodowane ściekami lub odpadami związanymi z działalnością osoby objętej ubezpieczeniem;
- 5) szkody wyrządzone w wyniku działań wojennych,
- 6) szkody objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych.

WARIANTY UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta zgodnie z poniższymi wariantami, według wyboru Ubezpieczającego:

1.1. I Wariant z sumą gwarancyjną w wysokości 50.000,00 € (słownie: pięćdziesiąt tysięcy euro zero centów), składką ubezpieczeniową w wysokości 117,00 zł (słownie: dziewięćdziesiąt trzy złote zero groszy) za jednego Ubezpieczonego, franszyzą redukcyjną w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych zero groszy), franszyzą redukcyjną dla szkód w pojazdach mechanicznych w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych zero groszy), zniesioną franszyzą integralną oraz zniesioną franszyżą redukcyjną w zakresie szkód osobowych.

1.2. II Wariant z sumą gwarancyjną w wysokości 150.000,00 € (słownie: sto dwadzieścia pięć tysięcy euro zero centów), składką ubezpieczeniową w wysokości 158,00 zł (słownie: sto trzydzieści dwa złote zero groszy) za jednego Ubezpieczonego, franszyżą redukcyjną w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych zero groszy), franszyżą redukcyjną dla szkód w pojazdach mechanicznych w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych zero groszy), zniesioną franszyżą integralną oraz zniesioną franszyżą redukcyjną w zakresie szkód osobowych.

1.3. III Wariant z sumą gwarancyjną w wysokości 250.000,00 € (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy euro zero

centów), składką ubezpieczeniową w wysokości 208,00 zł (słownie: sto siedemdziesiąt trzy złote zero groszy) za jednego Ubezpieczonego, franszyzą redukcyjną w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych zero groszy), franszyzą redukcyjną dla szkód w pojazdach mechanicznych w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych zero groszy), zniesioną franszyzą integralną oraz zniesioną franszyzą redukcyjną w zakresie szkód osobowych.

1.4. IV Wariant z sumą gwarancyjną w wysokości 500.000,00 € (słownie: pięćset tysięcy euro zero centów), składką ubezpieczeniową w wysokości 270,00 zł (słownie: dwieście dwadzieścia pięć złotych zero groszy) za jednego Ubezpieczonego, franszyzą redukcyjną w wysokości 200,00 zł (słownie: dwieście złotych zero groszy), franszyzą redukcyjną dla szkód w pojazdach mechanicznych w wysokości 500,00 zł (słownie: pięćset złotych zero groszy), zniesioną franszyzą integralną oraz zniesioną franszyzą redukcyjną w zakresie szkód osobowych.

2. Kurs € (słownie: euro) liczony jest według bieżących średnich kursów walut obcych określonych w § 2 pkt. 1 i pkt. 2 uchwały Nr 51/2002 Zarządu Narodowego Banku Polskiego z dnia 23 września 2002 r. w sprawie sposobu wyliczania i ogłaszania bieżących kursów walut obcych (Dz. Urz. NBP z 2013 r. poz. 18) z dnia powstania wypadku.

SPOSÓB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, Umowę ubezpieczenia zawiera się 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.

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) i adres Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 pkt. 4.5,

4.3. okres ubezpieczenia

4.4. wnioskowaną wysokość sumy gwarancyjnej, określoną w Wariantach od I do IV (§ 8 ust. 1 pkt. 1.1. – pkt. 1.4.),

4.5. liczbę Ubezpieczonych, jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia w formie grupowej,;

4.6. rodzaj ubezpieczanych czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.

5. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od uzyskania od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dodatkowych informacji związanych z zawieraną umową.

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 niniejszymi Warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający powinien, na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, poprawić lub sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.

6. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest 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.

UMOWA NA CUDZY RACHUNEK (NA RACHUNEK UBEZPIECZONEGO)

§ 10

1. Obowiązki, o których mowa w § 16 ust. 1 i ust. 2 ciążyą zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek, z tym zastrzeżeniem, że obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży tylko na Ubezpieczającym.

2. Pozostałe obowiązki i uprawnienia Ubezpieczonego zostały wskazane w dalszej części Warunków ubezpieczenia.

3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego) polisę wydaje się Ubezpieczającemu.

4. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia z Umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela.

5. Ubezpieczony może żądać, aby Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz o Warunkach ubezpieczenia mających do niej zastosowanie w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

SUMA GWARANCYJNA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11

1. W Umowie ubezpieczenia ustala się ogólną sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. O ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, sumę gwarancyjną ustala się dla jednego i dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia stanowiącym jeden rok, łącznie dla szkód w mieniu i na osobie.

§ 12

1. Po wypłacie odszkodowania suma gwarancyjna zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania.
2. Za zgodą Ubezpieczyciela, Ubezpieczający może uzupełnić sumę gwarancyjną do uzgodnionej z Ubezpieczycielem wysokości, opłacając dodatkową składkę ubezpieczeniową. Uzupełnienie sumy gwarancyjnej, o którym mowa w zdaniu poprzednim, stanowi zmianę Umowy ubezpieczenia i wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

1. Ubezpieczyciel oblicza składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka, na podstawie taryfy obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa może ulec obniżeniu (zniżce) ze względu na:
 - 2.1. zawarcie Umowy ubezpieczenia na okres krótszy, niż jeden rok.
3. Składka ubezpieczeniowa może ulec podwyższeniu (zwyżce) ze względu na:
 - 3.1. zastosowanie wyższego niż standardowy limitu sumy gwarancyjnej,
 - 3.2. rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zakres szkód nieobjętych niniejszymi Warunkami ubezpieczenia,
 - 3.3. rozłożenie płatności składki ubezpieczeniowej na raty.
4. Ubezpieczyciel może w przypadkach uzasadnionych rodzajem lub rozmiarem wykonywanych czynności zawodowych, zgłoszonymi szkodami lub innymi ważnymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka, wyznaczyć składkę ubezpieczeniową uwzględniającą warunki pokrycia reasekuracyjnego.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Okres ubezpieczenia zostaje określony w Umowie ubezpieczenia.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony w Umowie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia trwa najdłużej jeden rok, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 2 pkt. 2.3.

§ 15

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata została zapłacona w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, chyba że został wyznaczony w Umowie ubezpieczenia inny termin zapłaty, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 - 7.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel na piśmie wezwie Ubezpieczającego 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, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia, Umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka. Niezapłacenie kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, 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, z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
3. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki ubezpieczeniowej proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. 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.
5. Za zapłatę składki ubezpieczeniowej lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej, niż wynikająca z Umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY I UBEZPIECZONEGO

§ 16

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach, a w szczególności we wniosku ubezpieczeniowym, o którym mowa w § 9 ust. 1 lub formularzu elektronicznym, o którym mowa w § 9 ust. 2. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1.
3. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 - 3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 - 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 17

1. Ubezpieczający obowiązany jest do usunięcia szczególnych zagrożeń, których usunięcia - stosownie do okoliczności mógł domagać się Ubezpieczyciel i domagał się w pismach wystosowanych do Ubezpieczającego; za szczególne zagrożenia uważa się zwłaszcza przyczyny powstania szkody.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie wykonał powyższego obowiązku w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności za szkody powstałe po wyznaczonym terminie wskutek nie usunięcia wskazanego zagrożenia w zakresie, w jakim niewykonanie obowiązku miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody.

§ 18

1. W razie zajścia wypadku, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 19

1. W razie zajścia szkody do obowiązków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego należy ponadto:
 - 1.1. niezwłocznie, nie później, niż w ciągu 7 dni po powstaniu obowiązku naprawienia szkody lub uzyskaniu wiadomości o tym fakcie, zawiadomić o tym Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem par. 26.
 - 1.2. podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
 - 1.3. stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
2. W razie naruszenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków szkody.
3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o szkodzie nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 20

1. W razie zgłoszenia roszczenia o naprawienie szkody, Ubezpieczający lub Ubezpieczony ma obowiązek zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń, bądź zawarcia z nim ugody, do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.
2. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego roszczenia osoby poszkodowanej bez wymaganej pisemnej zgody Ubezpieczyciela nie ma wpływu na odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego .

§ 21

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 22

W granicach udzielonej ochrony, Ubezpieczyciel ma obowiązek dokonania oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podjęcia decyzji o uznaniu roszczenia i wypłacie odszkodowania, albo prowadzeniu obrony Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed nieuzasadnionym roszczeniem.

§ 23

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej należne odszkodowanie ustalone według zasad odpowiedzialności cywilnej osób objętych ubezpieczeniem.

2. W każdym czasie Ubezpieczyciel ma prawo wypłacić odszkodowanie w wysokości sumy gwarancyjnej, zwalniając się z obowiązku dalszego prowadzenia obrony oraz ponoszenia innych kosztów. Jeżeli roszczenia osoby uprawnionej są niższe, niż suma gwarancyjna, skutek o którym mowa w zdaniu poprzednim następuje pod warunkiem uzyskania przez Ubezpieczyciela od osoby uprawnionej zrzeczenie się roszczeń przysługującej jej wobec osób objętych ubezpieczeniem w związku z wypadkiem, do wysokości sumy gwarancyjnej.

3. Ubezpieczyciel pokrywa także

3.1. koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za pisemną zgodą Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,

3.2. niezbędne koszty obrony sądowej w sporze prowadzonym na polecenie Ubezpieczyciela lub za jego zgodą; jeżeli w wyniku wypadku powodującego odpowiedzialność Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego objętą ochroną ubezpieczeniową zostanie przeciwko sprawcy szkody wdrożone postępowanie karne, Ubezpieczyciel pokrywa koszty obrony, jeżeli zażądał powołania obrońcy lub wyraził zgodę na pokrycie tych kosztów,

3.3. niezbędne koszty działań podjętych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego po wystąpieniu wypadku w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były właściwe, chociażby okazały się bezskuteczne.

4. Za koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 3.1. i pkt. 3.2., Ubezpieczyciel odpowiada ponad sumę gwarancyjną określoną w Umowie ubezpieczenia. W przypadku, gdy łączna wysokość roszczeń wynikających z wypadku jest wyższa, niż suma gwarancyjna, Ubezpieczyciel pokrywa te koszty w takiej proporcji, w jakiej pozostaje suma gwarancyjna do wysokości roszczeń, niezależnie od liczby wdrożonych postępowań sądowych; wypłata przez Ubezpieczyciela sumy gwarancyjnej oraz obliczonej zgodnie z powyższą zasadą części kosztów zwalnia go z obowiązku dokonywania dalszych wypłat.

5. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 3.3, pokrywane są w ramach sumy gwarancyjnej.

6. Kosztów o których mowa w ust. 3 pkt. 3.1. i pkt. 3.2 Ubezpieczyciel nie pokrywa, jeżeli z okoliczności wynika, że szkoda nie jest objęta ochroną ubezpieczeniową.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 24

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie

na podstawie uznania roszczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.

2. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

§ 25

1. Suma odszkodowania wypłacona przez Ubezpieczyciela nie może być wyższa od poniesionej szkody.

2. Odszkodowanie pomniejszone jest o franszyzę redukcyjną, jeżeli została ona wprowadzona do Umowy ubezpieczenia.

§ 26

1. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu wszczęte zostało postępowanie karne lub cywilne, lub wniesiono roszczenie, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od uzyskania w/w dokumentu (pisma, pozwu, postanowienia lub innego dokumentu) doręczyć ten dokument Ubezpieczycielowi. Ponadto Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest podjąć współpracę umożliwiającą wystąpienie przez Ubezpieczyciela z interwencją uboczną w celu: obrony przed nieuzasadnionym roszczeniem, zawarcia ugody lub uznania roszczenia. Ubezpieczyciel podejmie decyzję o przystąpieniu do postępowania sądowego w granicach udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, o ile uzna za celowe przystąpienie do sporu w charakterze interwenienta ubocznego.

2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest doręczać Ubezpieczycielowi orzeczenia sądu w

sprawach określonych w ust. 1 w terminie umożliwiającym mu wniesienia środka odwoławczego.

3. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązków określonych w ust. 1 lub 2 Ubezpieczyciel może podnieść przeciwko Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu zarzuty wynikające z art. 82 Kodeksu postępowania cywilnego i w tym zakresie odmówić wypłaty odszkodowania.

4. Jeżeli przeciwko sprawcy wypadku wszczęte zostało postępowanie karne lub poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, a Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków wynikających z § 19 ust. 1 lub z § 26 ust. 1 lub 2, Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów o których mowa w § 23 ust. 3 pkt. 3.2. oraz odsetek i kosztów procesu zasądzonych w postępowaniu sądowym od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego .

§ 27

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia, albo co do wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni zgłosić na piśmie - za pośrednictwem przedstawicielstwa Ubezpieczyciela - wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 28

1. Z dniem wypłaty odszkodowania, przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.

2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przechodzi na Ubezpieczyciela, jeśli sprawcą szkody jest osoba bliska Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.

3. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie wiadomości i dokumenty niezbędne dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela.

4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu szkód oraz w razie niewykonania obowiązków, o których mowa w ust. 3, wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a w przypadku, gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, podlega zwrotowi w całości lub w części.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 29

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 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 za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

KLAUZULE DODATKOWE

§ 30

NARUSZENIE PRAW PACJENTA

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych w Warunkach Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej ratowników i dyspozytorów strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność cywilną osób objętych ubezpieczeniem za szkody polegające na naruszeniu praw pacjenta, zgodnie z brzmieniem ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2011, Nr 113, poz. 660, z późn. zm.), polegających na naruszeniu:

- a) prawa do informacji o stanie zdrowia,
- b) prawa do zachowania tajemnicy,
- c) prawa do poszanowania godności i intymności,
- d) prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody wynikające z winy umyślnej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za szkody o których mowa w ust. 1 ograniczona jest do wysokości sublimitu ustalonego w umowie ubezpieczenia.

4. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

5. Limit 5.000RUR na jeden i 25.000 EUR na wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia.

Składka dodatkowa **27 PLN.**

§ 31

POMOC PSYCHOLOGICZNA/PSYCHIATRYCZNA

Z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o niezbędne koszty konsultacji ratownika lub dyspozytora medycznego u wykwalifikowanego psychologa/psychiatry poświadczone fakturą VAT.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są koszty:

1. pobytu we wszelkich placówkach leczniczych,
2. zakupu leków.

Limit 1000PLN na jedną i wszystkie konsultacje w okresie ubezpieczenia

Składka dodatkowa **89 PLN**.

§ 32

OBRONA WŁASNA RATOWNIKÓW PRZED PACJENTAMI ORAZ OSOBAMI Z ICH OTOCZENIA

Szkody w mieniu i na osobie wyrządzone przez ratowników medycznych osobom trzecim wskutek odparcia bezprawnego zamachu na dobra prawem chronione powstałe podczas akcji ratowniczych zarówno w godzinach wykonywania czynności służbowych jak i poza nimi.

1. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone pozostają szkody wyrządzone osobom trzecim:

- a) powstałe poza prowadzonymi akcjami ratowniczymi,
- b) powstałe w życiu prywatnym.

2. Limit 10 000 PLN, franszyza redukcyjna dla szkód w mieniu 100,00 PLN.

Składka dodatkowa **27 PLN**.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 33

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron Umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem formularza elektronicznego, o którym mowa w § 9 ust. 2.

2. Jeżeli strona Umowy ubezpieczenia zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony Umowy, to pismo skierowane pod ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu.

3. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

4. W Umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

5. Postanowienie, o którym mowa w ust. 4 nie dotyczy zmian i uzupełnień Umowy ubezpieczenia, które pod rygorem nieważności wymagają formy pisemnej oraz skarg, zażaleń oraz stanowiska Ubezpieczyciela, o których mowa w § 33.

§ 34

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Kodeksu Cywilnego.

§ 35

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.

2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.

3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

5. 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.

§ 36

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.
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 - 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.
5. Konsumenty 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.

§ 37

Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 38

Niniejsze warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 31 stycznia 2020r. i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ RATOWNIKÓW I DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH

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 prześle 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.