

ERGO

HESTIA[®]

Najwyższy standard ochrony

WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW RATOWNIKÓW I
DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Ratowników i Dyspozytorów Medycznych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

ERGO
HESTIA[®]

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń
ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Warunki Ubezpieczenia Następstw
Nieszczęśliwych Wypadków Ratowników i Dyspozytorów
Medycznych

Pełne informacje podane są w **Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Ratowników i Dyspozytorów** z dnia 1 października 2018r.

Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w WU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (grupa 2 ubezpieczenie wypadków); wymienione ubezpieczenie to ubezpieczenie majątkowe z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie kierowane jest do ratowników i dyspozytorów medycznych 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 inwalidów, jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy;
- ✓ 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 całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego; świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej ratownika i dyspozytora medycznego 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 ratownika i dyspozytora medycznego przez osoby trzecie wynosi 500 PLN;
- ✓ Suma ubezpieczenia całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego wynosi zgodnie z poniższymi wariantami:
 - wariant I – 50 PLN za dzień
 - wariant II – 70 PLN za dzień
 - wariant III – 100 PLN za dzień
 - wariant IV – 150 PLN za dzień.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ szkód powstałych w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³;
- ✗ zatruc przewodu pokarmowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania 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.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?



na całym świecie.



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 szkodzi 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, §5, §6 ust. 1-2 oraz 4-5, §7, §8, §10, §13, §17 ust.2-3, §20, §22, §27 ust.3	§ 4 ust.2-5, § 6 ust. 3, §14 ust.2, §17 ust. 4, §18, §25 ust.3, §26 ust.4, §27 ust.2
KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW	§1, § 2, §3, §4, §5, §6, §7	§10, §11, §13, §14
KLAUZULA CAŁKOWITEJ OKRESOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY RATOWNIKA I DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO	§ 1 § 2 § 5	§ 3 § 4
KLAUZULA NARUSZENIA NIETYKALNOŚCI CIELESNEJ RATOWNIKA/DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO	§ 1 , § 2, § 3	

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, (dalej: „ERGO Hestia” lub „Ubezpieczyciel”), w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera 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 niniejszych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.

3. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała 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

W rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia za:

1) **Centrum Alarmowe** – uważa się podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela, któremu Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest obowiązany zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

2) **nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,

3) **osobę bliską** – uważa się małżonka, konkubinę, konkubenta, rodziców, teściów oraz dzieci,

4) **osobę uprawnioną** – uważa się wskazaną przez Ubezpieczonego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,

5) **osoby trzecie** - uważa się wszystkie podmioty/osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym, wynikającym z umowy ubezpieczenia zawartej z Ergo Hestia.

6) **sporty wysokiego ryzyka** – uważa się rafting i inne sporty wodne uprawiane w rzekach górskich, nurkowanie z wykorzystaniem aparatów oddechowych, wspinaczkę, sport spadochronowy i balonowy, paralotniarstwo, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, myślistwo, jazdę konną, narciarstwo, snowboard, bobsleje, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, jazdę na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,

7) **terroryzm** – uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,

8) **wyczynowe uprawianie sportu** – uważa się:

a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,

- b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
- 9) **wykonywanie czynności pomocniczych** – wykonywanie na terytorium RP czynności w zakładach opieki zdrowotnej polegających na:
- utrzymywaniu czystości,
 - pielęgnacji pacjentów,
 - rehabilitacji pacjentów,
 - opiece nad pacjentami;
- 10) **wykonywanie zawodu medycznego** – udzielanie świadczeń zdrowotnych na terytorium RP przez lekarzy medycyny, lekarzy dentyków, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych, w tym także udzielanie pierwszej pomocy;
- 11) **wypadek w ruchu lądowym**- nieszczęśliwy wypadek, w którym:
- Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze,
 - 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 miększu 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 miększu 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 – powstała bezpośrednio wskutek zdarzenia objętego szkodą niemajątkowe następstwo zdarzenia (szkoda na osobie) lub uszczerbek majątkowy (szkoda w mieniu).

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia wprowadza się 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 i brzegowej stacji ratowniczej;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA - NNW

§ 4

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się w zakresie pełnym .

3. Zakres pełny obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego podczas wykonywania określonej w umowie ubezpieczenia pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym.
4. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:
 - 1) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - 2) w wyniku samookaleczenia,
 - 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu,
 - 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
 - 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, oraz uczestniczeniem w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
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 1dm³,
 - 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 doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 9) 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. Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w umowie sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu:
 - a) w przypadku uszczerbku w wysokości 100% – 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 lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela zgodnie z „zasadami oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu”.

3. Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu dostępne są w siedzibie lub na stronach internetowych Ubezpieczyciela.

§ 6

1. Ubezpieczyciel dokonuje również zwrotu kosztów ponad określoną w umowie sumę ubezpieczenia:
 - 1) nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym, niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 30% określonej w umowie sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej, niż do kwoty 5.000,00 PLN,
 - 2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym, niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 30% określonej w umowie sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej, niż do kwoty 5.000,00 PLN,
 - 3) odbudowy stomatologicznej zębów, pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym, niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 25% określonej w umowie sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej, niż do kwoty 2.000,00 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2,
2. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów do kwoty 200,00 PLN za jeden ząb.
3. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów zakupu implantów i implantologii.
4. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, iż zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Ubezpieczyciel niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczeniową, ponad określoną w umowie ubezpieczenia sumę ubezpieczenia, zwraca Ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Ubezpieczyciela lekarzy, Komisji Lekarskich, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu, niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu środka transportu przez Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres świadczeń wypłacanych w związku z zaistniałym wypadkiem został rozszerzony o jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy.

§ 8

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy przysługuje, jeżeli utrata zdolności nastąpiła w ciągu 2 lat od daty wypadku - w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie.

SPOSÓB ZAWIERANIA 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, 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 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.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 10

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i wyrażonej w procentach stawki za ubezpieczenie każdego z ryzyk, określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna od, 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 80,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
 - 2) Wariant II dla Sumy Ubezpieczenia 30.000,00 PLN
Składka 144,00 PLN za jednego Ubezpieczonego

- 3) Wariant III dla Sumy Ubezpieczenia 40.000,00 PLN
Składka 204,00 PLN za jednego Ubezpieczonego
 - 4) Wariant IV dla Sumy Ubezpieczenia 50.000,00 PLN
Składka 257,00 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 obowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
 - 2) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie Ubezpieczycielowi dokumentacji z leczenia,
 - 3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej,
 - 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona obowiązana jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się wyciąg z aktu zgonu.
3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 14

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) oryginały rachunków lub faktur za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi 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 dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 1, ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu może również nastąpić na podstawie dostarczonych Ubezpieczycielowi dowodów oraz dokumentacji medycznej.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się 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 wypłaca się 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

Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, stwierdzające trwałą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową.

§ 20

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.

§ 21

Ubezpieczyciel także zwraca Ubezpieczonemu, ponad określoną w umowie ubezpieczenia sumę ubezpieczenia, udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 22

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki 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 przypadała 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 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, odpowiadającą wysokości składki lub jej raty.
6. Za zapłatę składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej, niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela 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

§ 23

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił 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 dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.
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.

§ 24

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić ERGO Hestię o wypadku niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości.
2. Powiadomienie może być dokonane:
 - 1) poprzez formularz na stronie: 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, ERGO Hestia może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie, tylko wtedy gdy naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ERGO Hestii ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

§ 25

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

§ 26

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany 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, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. Ubezpieczyciel w granicach sumy ubezpieczenia zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 27

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

§ 28

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

§ 29

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

§ 30

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

§ 31

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

§ 32

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

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

§ 33

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

§ 34

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 2.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 35

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 ERGO Hestia nie poinformowała 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 ERGO Hestia udzielała 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 uważa się 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 ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć odstąpienie w sposób określony w §37.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 36

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 liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 37

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem odmiennych postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

§ 40

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 prześle 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. 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.

§ 41

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych 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.”

§ 43

Niniejsze o warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 października 2018r. obowiązują do umów zawartych od tej daty.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW

§ 1

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW RATOWNIKÓW I DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony 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	52,00 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 Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty terapii antyretrowirusowej, której **Ubezpieczony** obowiązany 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** wykazą, że **Ubezpieczony** został zakażony wirusem HIV, to **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** jednorazowe świadczenie w wysokości 100 000,00 PLN.

4. W granicach limitu wynoszącego 1 000,00 PLN na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **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** wykaze, że **Ubezpieczony** został zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście miesięcy 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 **Ubezpieczyciel** wypłaci **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 Ubezpieczyciel** zwróci **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**) wypłacane będą po dokonaniu przez **Ubezpieczyciela oceny** zasadności roszczeń na podstawie analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy **niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi**, a zakażeniem.

§ 7

Zwrot kosztów, jakie **Ubezpieczony** poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C) albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności.

§ 8

Przez **Procedurę poekspozycyjną** rozumie się 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** rozumie się 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. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów umowy oraz Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Ratowników i Dyspozytorów Medycznych z dnia 01.04.2016r. świadczenia z **Umowy ubezpieczenia** będą należne, 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.

2. W przypadku gdy podczas badania okresowego okaże się, że ratownik został zakażony, a nie miał wiedzy kiedy do zakażenia mogło dojść, a poprzednie badania wskazywały brak zakażenia – ochrona ubezpieczeniowa istnieje bez względu na moment powstania zakażenia.

§ 11

Dodatkowo roszczenia nie zostaną zaspokojone, jeżeli do ich powstania przyczyniły się:

1) przyjmowanie leków stosowanych w leczeniu uzależnień,

- 2) samobójstwo, jego usiłowanie, albo celowe samookaleczenie **Ubezpieczonego**,
- 3) pozostawanie przez **Ubezpieczonego** 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) dożylnie lub podskórnie przyjmowanie przez **Ubezpieczonego** leków innych niż leki przepisane w toku terapii zalecanej przez dyplomowanego lekarza.

§ 12

W razie **Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi Ubezpieczonego** obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie **Ubezpieczyciela** 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

Wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego** nie podlegają zwrotowi, 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 podlegają zwrotowi wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego**:

- 1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu **Umowy ubezpieczenia** lub z tym związane,
- 2) przekraczające 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 CAŁKOWITEJ OKRESOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY RATOWNIKA I DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

§ 1

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i niniejszych **WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW RATOWNIKÓW I DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH** ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o zasiłek dzienny z tytułu całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego.

§ 2

1. Zasiłek dzienny z tytułu udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim, całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego przysługuje w wysokości określonej w § 5 klauzuli za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy ratownika i dyspozytora medycznego. Okresowa niezdolność do pracy musi być potwierdzona przez lekarza orzeczeniem lekarskim.

2. Zasiłek dzienny w związku z nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje o ile wypadek miał miejsce podczas wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz przysługuje od 10 dnia liczonego od daty wystąpienia wypadku, a jeżeli niezdolność do wykonywania pracy ratownika i dyspozytora medycznego 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 całkowitej okresowej niezdolności do wykonywania pracy ratownika i dyspozytora medycznego wskutek choroby, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni

§ 3

W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w § 1 przestaje być wypłacane począwszy od pierwszego dnia po zakończeniu całkowitej okresowej niezdolności do pracy.

§ 4

1. Ergo Hestii przysługuje prawo odmowy wypłaty całości lub części świadczenia, w przypadku stwierdzenia, że w czasie niezdolności do pracy Ubezpieczony wykonywał pracę ratownika/dyspozytora medycznego.

2. Ubezpieczonemu przysługują trzy świadczenia z tytułu całkowitej czasowej niezdolności do pracy w okresie ubezpieczenia.

3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zasiłku dziennego z tytułu całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego w związku z chorobą zdiagnozowaną w okresie 2 lat przed datą będącą początkiem okresu ubezpieczenia.

4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zasiłku dziennego z tytułu całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego w związku z chorobą przewlekłą, wrodzoną wadą/anomalią fizyczną lub psychiczną.

§ 5

Świadczenie należne za każdy dzień nieprzerwanie trwającej całkowitej okresowej niezdolności do wykonywania pracy ratownika/dyspozytora medycznego 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 całkowitej okresowej niezdolności do pracy ratownika i dyspozytora medycznego 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 do ERGO HESTIA w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia czasowej niezdolności do pracy, jednakże nie później w ciągu 7 dni daty zakończenia okresowej niezdolności do pracy, niezbędne dokumenty:

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

b) kopię aktualnego kontraktu,

c) 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,

d) 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 Ubezpieczycielowi na własny koszt. Zaświadczenia i orzeczenia wystawiane przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego, ich małżonków, rodziców i dzieci nie są wystarczającym dokumentem do stwierdzenia czasowej niezdolności do pracy.

3. ERGO HESTIA wypłaca świadczenie dzienne w wysokości i w zakresie obowiązującym na dzień wystąpienia okresowej niezdolności do pracy.

4. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania okresowej niezdolności do pracy, w tym również poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej.

5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów, w tym powołania Komisji Lekarskiej.

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

7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem okresowej niezdolności do pracy, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.

8. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zaistnieniu okresowej niezdolności do pracy, 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 Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 6.

KLAUZULA NARUSZENIA NIETYKALNOŚCI CIELESNEJ RATOWNIKA/DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

§ 1

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi postanowieniami zapisów warunków ubezpieczenia ustala się, że zakres ubezpieczenia rozszerza się o świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej ratownika/dyspozytora medycznego przez osoby trzecie rozumianą jako fizyczną napaść, zaistniałe podczas wykonywania czynności zawodowych.

§ 2

W przypadku naruszenia nietykalności cielesnej na ratowniku/dyspozytorze medycznych ciąży obowiązek:

- a. niezwłocznego powiadomienia Policji o zaistniałym zdarzeniu,
- b. dostarczenia Ubezpieczycielowi 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 Ratowników i Dyspozytorów Medycznych

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:

- 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
- 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.

2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

- 1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
- 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
- 3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.

3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:

- 1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
- 2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
- 3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia

i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;

4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów. W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:

- 1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
- 2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;

3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciężące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;

4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.

6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

7. ERGO Hestia 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 zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:

1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;

2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;

3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu

bezpośredniego, w tym profilowania;

4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;

5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;

6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania

interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.

9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.

11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.