



Warunki Ubezpieczenia Następstw
Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy,
Pielęgniarek i Położnych, Osób Wykonujących
Zawody Medyczne, Studentów i Doktorantów
Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy
Medycznych Szkół Policealnych i Techników



- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy, Pielęgniarek i Położnych, Osób Wykonujących Zawody Medyczne, Studentów i Doktorantów Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy Medycznych Szkół Policealnych i Techników

ERGO
HESTIA®

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy, Pielęgniarek i Położnych, Osób i Doktorantów Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy i Medycznych Szkół Policealnych i Techników

Pełne informacje podane są w **Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy, Pielęgniarek i Położnych, Osób i Doktorantów Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy i Medycznych Szkół Policealnych i Techników** z dnia 1 października 2018 r. 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 lekarzy, pielęgniarek i położnych, do osób wykonujących zawody medyczne, do studentów i doktorantów kierunków medycznych oraz do słuchaczy medycznych szkół policealnych i techników 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 następstw zawałów serca i udarów mózgu, świadczenie dzienne z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych oraz o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (typu B i C), w tym zwrot kosztów poniesionych na badania na obecność wirusów HIV lub WZW, koszty leczenia antyretrowirusowego, jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV, jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B oraz WZW typu C;
- ✓ Sumę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określa się w umowie ubezpieczenia;
- ✓ Sumę ubezpieczenia wszystkich świadczeń związanych z klauzulą HIV/WZW określa się w umowie ubezpieczenia;
- ✓ Sumę ubezpieczenia następstw zawałów i udarów mózgu określa się w umowie ubezpieczenia;
- ✓ Sumę ubezpieczenia świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych określa się w umowie ubezpieczenia.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje:






- ✗ szkód powstałych w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania w stanie nietrzeźwości – stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1dm³;
- ✗ zatruc przewodu pokarmowego;
- ✗ szkód powstałych wskutek pozostawania ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających;
- ✗ szkód powstałych wskutek zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub środkami odurzającymi;
- ✗ zwrotu kosztów zakupu implantów i implantologii;
- ✗ zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną bólem i cierpieniem fizycznym lub psychicznym;
- ✗ następstw wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportów;
- ✗ następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek ataków terrorystycznych, działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokoju społecznych, strajków, lokautów, sabotażu;
- ✗ samookaleczenia.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczenie ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! szkód powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa albo samobójstwa;
- ! następstw zawałów serca i udarów mózgu, chyba że Ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie klauzuli dodatkowej;
- ! 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 przez osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie.

	<p>Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?</p> <p>✓ na całym świecie.</p>
	<p>Co należy do obowiązków ubezpieczonego?</p> <p>Obowiązki na początku umowy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek <p>Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczony 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; <p>W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - powiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości; - dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty i rachunki niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia; - podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem; - umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
	<p>Jak i kiedy należy opłacać składki?</p> <p>Składkę należy opłacić w terminie wskazanym na certyfikacie w formie przelewu na wskazany rachunek bankowy.</p>
	<p>Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?</p> <p>W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego jako data rozpoczęcia ochrony w certyfikacie ubezpieczeniowym potwierdzającym przystąpienie danego Ubezpieczonego do ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy.</p>
	<p>Jak rozwiązać umowę?</p> <p>Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy.</p>



Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy, Pielęgniarek i Położnych, Osób Wykonujących Zawody Medyczne, Studentów i Doktorantów Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy Medycznych Szkół Policealnych i Techników

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	3
Postanowienia ogólne	5
Definicje	5
Przedmiot i zakres ubezpieczenia – NNW	6
Rodzaje świadczeń	8
Sposób przystąpienia do umowy ubezpieczenia, składka ubezpieczeniowa, rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej i potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową	9
Suma ubezpieczenia	10
Sposób postępowania w razie wypadku	10
Sposób ustalania wysokości świadczenia	11
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	12
Umowa na cudzy rachunek	12
Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego	12
Uprawnieni do otrzymania świadczenia	13
Wyplata odszkodowania lub świadczenia	14

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego	14
Postanowienia końcowe	15
KLAUZULA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁÓW SERCA I UDARÓW MÓZGU	17
KLAUZULA ŚWIADCZENIA DZIENNEGO Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO LUB CZYNNOŚCI POMOCNICZYCH	17
KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW (typu B i C)	18
Oświadczenie Administratora Danych Osobowych	21

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych „Warunkach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków lekarzy, pielęgniarek i położnych, osób wykonujących zawody medyczne, studentów i doktorantów kierunków medycznych oraz słuchaczy medycznych szkół policealnych i techników” (dalej: „WU”), w tym w treści klauzul dodatkowych stanowiących część tych Warunków ubezpieczenia, postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Nazwa ubezpieczenia	Rodzaj informacji i numer jednostki redakcyjnej wzorca	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
Wspólne dla wszystkich ubezpieczeń:	§ 6 ust. 3; § 13 ust. 1–2; § 14; § 15.	§ 4 ust. 2–5; § 6 ust. 2; § 13 ust. 3; § 22 ust. 2; § 24 ust. 2.
Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków	§ 4 ust. 1; § 5; § 6 ust. 1; § 7; § 8; § 17.	
Klauzula Ubezpieczenia Następstw Zawałów Serca i Udarów Mózgu (dalej: Klauzula 1)	§ 1 Klauzuli 1.	
Klauzula świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych (dalej: Klauzula 2)	§ 2 Klauzuli 2.	
Klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (dalej: Klauzula 3)	§ 1; § 3; § 4; § 5; § 6; § 7 – Klauzuli 3.	§ 4 ust. 2; § 9; § 11; § 12; § 6 – Klauzuli 3.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. W dokumencie opisano warunki, na jakich zawierana jest umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków lekarzy, pielęgniarek i położnych, osób wykonujących zawody medyczne, studentów i doktorantów kierunków medycznych oraz słuchaczy medycznych szkół policealnych i techników z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z/s w Sopocie, przy ul. Hestii 1 („Ubezpieczyciel”) przez Stowarzyszenie Horyzont PRO z siedzibą w Toruniu, przy ul. Szosa Chełmińska 177-181 („Ubezpieczający”). Niniejszy dokument stanowi załącznik do Umowy generalnej nr TO50/000479/18/A („Umowa ubezpieczenia”).
2. Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, jest administratorem danych osobowych przekazywanych w związku z zawarciem, przystąpieniem do i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia. Dane te przetwarzane będą wyłącznie w celu wywiązania się z Umowy ubezpieczenia oraz dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów Ubezpieczyciela (marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia). Dane pobierane są na podstawie: art. 23 ust. 1 pkt 3 i pkt 5 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 922) i art. 815 Kodeksu cywilnego.
3. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez Ubezpieczyciela, mają prawo wglądu do nich i mogą je poprawiać. Przetwarzanie tych danych w innych celach, niż wskazane powyżej, wymaga uzyskania wcześniejszej zgody osoby, której dane dotyczą.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie zgodnie z poniższymi definicjami:

1. czasowa niezdolność do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych	trwająca nieprzerwanie, nie krócej niż 10 dni, niemożność wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych przez Ubezpieczonego, poświadczona zwolnieniem lekarskim wydanym przez uprawnioną osobę niebędącą tym Ubezpieczonym,
2. ekspedycja	zorganizowana wyprawa do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, to jest: pustynia, wysokie góry (powyżej 5 000 m. n.p.m.), busz, biegun, dżungla, teren lodowcowy lub śnieżny wymagający użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, mająca na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
3. ekspozycja	niezamierzony kontakt Ubezpieczonego z materiałem potencjalnie zakaźnym, stwarzający ryzyko zakażenia wirusem HIV lub WZW typ B lub typ C, zaistniały podczas wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
4. nieszczęśliwy wypadek	nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
5. niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi	niezamierzony przez Ubezpieczonego kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi, innymi niż jego własne, poprzez dotyczące Ubezpieczonego przerwanie ciągłości powłok ciała (np. poprzez zaskubanie, przecięcie lub ugryzienie), przeniknięcie przez błonę śluzową lub poprzez bezpośredni kontakt z krwią (zwłaszcza, jeżeli skóra była spierzchnięta, popękana, otarta lub objęta zapaleniem skóry),
6. osoba bliska	małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z Ubezpieczonym, rodzice, teściowie oraz dzieci,
7. osoba uprawniona	wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, uprawniona do odbioru świadczenia na wypadek jego śmierci,
8. osoba trzecia	osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
9. sporty wysokiego ryzyka	rafting i inne sporty wodne uprawiane w rzekach górskich, nurkowanie z wykorzystaniem aparatów oddechowych, wspinaczka, sport spadochronowy i balonowy, paralotniarstwo, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, myślistwo, jazda konna, narciarstwo, snowboard, bobsleje, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,

10. terroryzm	sprzeczne z prawem 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,
11. trwały uszczerbek na zdrowiu	zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszym dokumencie zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
12. trwała utrata zdolności do wykonywania pracy	całkowita, trwała niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, do której posiada on kwalifikacje z racji zdobytego wykształcenia lub doświadczenia,
13. Ubezpieczony	osoba fizyczna będąca członkiem Stowarzyszenia Horyzont PRO i uprawniona do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych bądź będąca w trakcie nabywania uprawnień do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych, objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach opisanych w niniejszym dokumencie.
14. Ubezpieczający	Stowarzyszenie Horyzont PRO z siedzibą w Toruniu, przy ul. Szosa Chełmińska 177-181, 87-100 Toruń, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000253600, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Toruniu, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 956-21-77-151,
15. Ubezpieczyciel	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł, wykonujące działalność ubezpieczeniową za pozwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa,
16. wyczynowe uprawianie sportu	uprawianie dyscyplin sportowych w celu uzyskania maksymalnych wyników, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, zawodach lub turniejach sportowych zarejestrowanych sekcji, klubów lub organizacji sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
17. wykonywanie czynności pomocniczych	wykonywanie zawodowo na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej czynności w podmiotach leczniczych polegające na: a) utrzymywaniu czystości, b) pielęgnacji pacjentów, c) rehabilitacji pacjentów, d) opiece nad pacjentami;
18. wykonywanie zawodu medycznego	udzielanie świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także w formie wolontariatu, stażu lub praktyk przez: lekarzy medycyny, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne oraz osoby wykonujące pozostałe zawody medyczne, studentów i doktorantów kierunków medycznych oraz słuchaczy medycznych szkół policealnych i techników, w tym także udzielanie przez takie osoby pierwszej pomocy.

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia wprowadza się jedną klasę ryzyka, obejmującą wykonywanie czynności pomocniczych oraz wykonywanie zawodu medycznego.
2. Za zapłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych – wedle ich wyboru w Deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową – może zostać rozszerzony o następujące klauzule dodatkowe (stanowiące integralną część niniejszego dokumentu):
 - a) klauzula ubezpieczenia następstw zawałów serca i udarów mózgu,
 - b) klauzula świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych,
 - c) klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – NNW

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, wymienione w § 5, § 6, § 7 oraz § 8 poniżej, doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą – podczas wykonywania czynności pomocniczych lub zawodu medycznego, w drodze do pracy i z pracy oraz w życiu prywatnym, również wskutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka (za wyjątkiem wyczynowego uprawiania sportów).

2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu,
 - 2) samookaleczenia lub samobójstwa,
 - 3) choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, zdiagnozowanych w okresie 3-lat przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ochrony lub zdiagnozowanych (bez ograniczeń czasowych) przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ochrony i jednocześnie leczonych w okresie 3-lat przed takim przystąpieniem,
 - 4) zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub środkami odurzającymi,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu,
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień,
 - 7) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających. Przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³. Przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu oraz uczestniczenia w ekspedycji.
3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - 2) uszkodzeń dysków międzykręgowych i ich następstw o ile są następstwem stanów chorobowych, zmian zwyrodnieniowych,
 - 3) zatruc przewodu pokarmowego,
 - 4) 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,
 - 5) następstw zawałów serca i udarów mózgu, chyba że Ubezpieczony został objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie klauzuli dodatkowej (klauzula ubezpieczenia następstw zawałów serca i udarów mózgu).
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego lub przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
5. Zakresem odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie jest objęte zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną bólem i cierpieniem fizycznym lub psychicznym (ujemnymi uczuciami przeżywanymi w związku z cierpieniem fizycznym lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia bądź śmiercią Ubezpieczonego).

Rodzaje świadczeń

§ 5

W zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, która nastąpiła w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w Umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, zgodnie z wariantem ubezpieczenia wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego:
 - a) w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wysokości 100% – 100% określonej w Umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji wariantu ubezpieczenia,
 - b) w przypadku częściowego uszczerbku na zdrowiu – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji wariantu ubezpieczenia, odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 6

1. Ubezpieczyciel zwraca następujące koszty poniesione przez Ubezpieczonego jako następstwo nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, ponad określoną w Umowie ubezpieczenia – dla wybranego przez danego Ubezpieczonego w Deklaracji wariantu ubezpieczenia – sumę ubezpieczenia:
 - 1) koszty nabycia, poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie 2 lat od daty wypadku, niezbędnych z medycznego punktu widzenia: środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, które nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych – do łącznej wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego wariantu, jednakże nie więcej, niż łącznie do kwoty 2 000,00 zł,
 - 2) koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, poniesione w okresie 2 lat od daty wypadku – do łącznej wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego wariantu, jednakże nie więcej niż łącznie do kwoty 2 000,00 zł,
 - 3) koszty odbudowy stomatologicznej zębów, poniesione w okresie 2 lat od daty wypadku – do łącznej wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego wariantu, jednakże nie więcej, niż łącznie do kwoty 2 000,00 zł, a ponadto zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 zł za jeden ząb.
2. Ubezpieczeniem nie są objęte koszty zakupu implantów i implantologii.
3. Ubezpieczyciel, niezależnie od innych świadczeń objętych Umową ubezpieczenia, w przypadku zajścia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, zwraca Ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione przez Ubezpieczonego 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 uprzednim zaakceptowaniu środka transportu przez Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków obejmuje także trwałą utratę zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego, zaistniałą w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, powstałą w okresie 2 lat od zajścia takiego wypadku, z odrębną sumą ubezpieczenia w kwocie odpowiadającej wysokości sumy ubezpieczenia dla pozostałych świadczeń w tym samym wariantcie ubezpieczenia.

§ 8

W przypadku powstania trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy objętej ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w Umowie ubezpieczenia dla tego ryzyka, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji wariantem ubezpieczenia.

Sposób przystąpienia do umowy ubezpieczenia, składka ubezpieczeniowa, rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej i potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 9

1. Członkowie Stowarzyszenia Ubezpieczającego mogą przystąpić do ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia na podstawie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową (Deklaracja), składanej Ubezpieczycielowi w formie elektronicznej na formularzu dostępnym na portalu internetowym dostępnym na stronie internetowej www.polisa.med.pl.
2. W treści Deklaracji osoby przystępujące do Umowy ubezpieczenia wskazują wariant ubezpieczenia oraz ewentualne rozszerzenia jego zakresu o ochronę w ramach wybranych klauzul dodatkowych. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym w § 10 poniżej.
3. Ubezpieczony w każdym czasie może złożyć na piśmie Ubezpieczycielowi oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia. W takim wypadku ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem miesiąca, w którym oświadczenie wpłynęło do Ubezpieczyciela.
4. Składka płatna jest jednorazowo, z góry w pełnej wysokości, za cały okres ubezpieczenia. Koszt składki jest finansowany przez Ubezpieczonego, na podstawie odrębnej zgody składanej Ubezpieczającemu.
5. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
6. Zwrot składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczającemu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej poszczególnych Ubezpieczonych.
7. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest uzależniona od zakresu ochrony oraz wysokości sumy ubezpieczenia, wedle dostępnych wariantów ochrony oraz rozszerzeń jej zakresu, opisanych w Umowie ubezpieczenia.
8. Na potwierdzenie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony otrzyma certyfikat ubezpieczeniowy.

§ 10

1. Ochrona ubezpieczeniowa wobec poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu następnym po uiszczeniu składki, nie wcześniej jednak niż w dniu wskazanym przez danego Ubezpieczonego w Deklaracji, i trwa przez okres 1 roku. Na potrzeby ustalenia daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, za datę uiszczenia składki uważa się dzień, w którym kwota składki finansowanej przez Ubezpieczonego wpłynęła na rachunek bankowy podany przez Ubezpieczyciela.
2. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie potwierdzona w wystawianych dla poszczególnych Ubezpieczonych, zgodnie z § 9 ust. 8 oraz § 20 ust. 2 niniejszego dokumentu, certyfikatach ubezpieczeniowych.

§ 11

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.

Suma ubezpieczenia

§ 12

1. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia i limity wysokości świadczeń dla rozszerzeń zakresu ochrony ubezpieczeniowej (klauzul dodatkowych) określa Umowa ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia, a w zakresie rozszerzenia o klauzule dodatkowe także limit wysokości świadczeń, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie nieszczęśliwe wypadki, które wystąpią w okresie ubezpieczenia dla poszczególnych Ubezpieczonych.

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 jego skutków,
 - 2) zwolnić lekarzy, w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia, 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) dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia, wymienionych przez Ubezpieczyciela w zawiadomieniu, lub niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o niemożności ich dostarczenia.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona obowiązana jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu (do wglądu).
3. Jeżeli Ubezpieczony, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie dopełni obowiązków wymienionych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub części za szkodę powstałą z tego powodu – o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody, ustalenie przyczyny zdarzenia lub jego okoliczności oraz wysokości odszkodowania i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z powstałą szkodą.

§ 14

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia, w tym w szczególności:

- 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) rachunki za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

Sposób ustalania wysokości świadczenia

§ 15

1. Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub świadczenia lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 16

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.
2. 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.
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

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

§ 18

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.

§ 19

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

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 20

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych trwa jeden rok.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego jako data rozpoczęcia ochrony w certyfikacie ubezpieczeniowym potwierdzającym przystąpienie danego Ubezpieczonego do ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 9 ust. 8 powyżej.

Umowa na cudzy rachunek

§ 21

1. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonych).
2. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz niniejszych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. 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

§ 22

1. Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia obowiązany jest niezwłocznie po zajściu wypadku lub uzyskaniu o nim wiadomości, zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie.
2. W razie niewykonania przez Ubezpieczonego, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 23

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. 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 ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

4. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1–4 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1–4 powyżej 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.

§ 24

1. W razie zajścia nieszczęśliwego 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.

§ 25

Ubezpieczony obowiązany jest także:

- 1) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru, a w szczególności przekazywać na wniosek Ubezpieczyciela dokumentację związaną ze zgłoszonym roszczeniem,
- 2) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
- 3) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

Uprawnieni do otrzymania świadczenia

§ 26

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.

§ 27

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy wypłaca się Ubezpieczonemu.

§ 28

1. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się osobie uprawnionej.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 29

Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, zwracane są osobie, która je poniosła.

§ 30

Świadczenie, o którym mowa w § 28 nie przysługuje osobie uprawnionej, która umyślnie spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

§ 31

Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej wyznaczonej przez niego do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi – w całości,
- 2) dzieciom – w częściach równych, w przypadku braku małżonka, lub gdy małżonkowi nie przysługuje świadczenie,
- 3) rodzicom – w częściach równych, w przypadku braku małżonka, lub gdy małżonkowi oraz dzieciom nie przysługuje świadczenie.
- 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego – w częściach równych, na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu w przedmiocie stwierdzenia nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia.

Wyплата odszkodowania lub świadczenia

§ 32

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych dokonywane są w polskich złotych.
2. Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie zagranicznej, a świadczenie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, roszczenie przelicza się na walutę polską według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu poniesienia kosztu przez Ubezpieczonego.

§ 33

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 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. 1.
3. Jeżeli w terminach określonych powyżej Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
4. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia lub odszkodowania wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 34

1. 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.

2. Ubezpieczony, który złożył Deklarację za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość może odstąpić od ubezpieczenia bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie na piśmie, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia mu certyfikatu ubezpieczeniowego lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem wysłano oświadczenie.

§ 35

W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki został zawarty, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia powinny być składane do Ubezpieczyciela:
 - 1) poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, lub
 - 2) ustnie lub pisemnie u przedstawiciela Ubezpieczyciela,
 - 3) pod numerem telefonu 801 107 107 lub 58 555 5 555 lub
 - 4) pisemnie, na adres siedziby Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel składa zawiadomienia i oświadczenia na piśmie z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Po uzyskaniu zgody Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo składać zawiadomienia i oświadczenia także na dane kontaktowe wskazane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Dostarczenie zaświadczeń i oświadczeń w tych formach może zostać wprowadzone w każdym czasie – na wniosek lub za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, wraz z podaniem adresu e-mail lub numeru telefonu.

§ 37

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez 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.
 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.
 6. Osoby wskazane w ust. 1, będące osobą fizyczną, mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 39

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest 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 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 mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW ZAWAŁÓW SERCA I UDARÓW MÓZGU

§ 1

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień Umowy ubezpieczenia i WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE, STUDENTÓW I DOKTORANTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH ORAZ SŁUCHACZY MEDYCZNYCH SZKÓŁ POLICEALNYCH I TECHNIKÓW ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków może zostać rozszerzony o ubezpieczenie następstw zawałów serca i udarów mózgu, z odrębną sumą ubezpieczenia.
2. Limity odpowiedzialności (suma ubezpieczenia) oraz wysokość składki dodatkowej, dla poszczególnych wariantów tego rozszerzenia określa Umowa generalna.
3. Wybrany przez Ubezpieczonego wariant rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej klauzuli powinien odpowiadać wariantowi wybranemu dla zakresu podstawowego ochrony ubezpieczeniowej.

KLAUZULA ŚWIADCZENIA DZIENNEGO Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO LUB CZYNNOŚCI POMOCNICZYCH

§ 1

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i niniejszych WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE, STUDENTÓW I DOKTORANTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH ORAZ SŁUCHACZY MEDYCZNYCH SZKÓŁ POLICEALNYCH I TECHNIKÓW ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wobec poszczególnych Ubezpieczonych (za wyjątkiem studentów kierunków medycznych i słuchaczy medycznych szkół policealnych i techników), może zostać rozszerzony o świadczenie dzienne z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych, z odrębnym limitem świadczeń.

§ 2

1. Świadczenie dzienne z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych przysługuje Ubezpieczonemu w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, za każdy pełen dzień niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej.
2. Świadczenie dzienne z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych, powstałej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym zakresem ochrony ubezpieczeniowej przysługuje od 10 dnia liczonego od daty wystąpienia wypadku objętego zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia, a jeżeli niezdolność do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych trwała co najmniej 30 dni – od następnego dnia po wypadku, nie dłużej jednak niż łącznie przez okres 180 dni.
3. Świadczenie dzienne z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych, powstałej w związku z chorobą przysługuje od 10 dnia liczonego od daty wystąpienia czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych wskutek choroby, nie dłużej jednak niż łącznie przez okres 90 dni.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW (typu B i C)

§ 1

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE, STUDENTÓW I DOKTORANTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH I SŁUCHACZY MEDYCZNYCH SZKÓŁ POLICEALNYCH I TECHNIKÓW ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków wobec poszczególnych Ubezpieczonych może zostać rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (wirusowego zapalenia wątroby), z odrębną sumą/limitem ubezpieczenia.
2. Klauzula obejmuje następujące rodzaje świadczeń:
 - a) zwrot kosztów poniesionych w okresie ubezpieczenia na badania na obecność wirusów HIV lub WZW,
 - b) koszt leczenia antyretrowirusowego,
 - c) jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV – wyłącznie w wariancie 2 i 3 tego rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C – wyłącznie w wariancie 2 i 3 tego rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - e) jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B – wyłącznie w wariancie 2 i 3 tego rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 2

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokość składki dodatkowej, dla poszczególnych wariantów niniejszego rozszerzenia określa Umowa ubezpieczenia.

§ 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, zaistniałe w wyniku ekspozycji.
2. W granicach limitu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, dotyczącego całego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu udokumentowane koszty terapii antyretrowirusowej, której Ubezpieczony obowiązany jest poddać się w następstwie ekspozycji zaistniałej w okresie ubezpieczenia.
3. Jeżeli, pomimo przejścia przez Ubezpieczonego kuracji antyretrowirusowej, testy na obecność wirusa HIV przeprowadzone po upływie 6 miesięcy od ekspozycji zaistniałej w okresie ubezpieczenia wykazą, że Ubezpieczony został zakażony wirusem HIV, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, który wybrał wariant 2 lub 3 tego rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia dla wybranego przez Ubezpieczonego wariantu tego rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

1. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B (WZW B) lub zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C), zaistniałe w wyniku ekspozycji.
2. Jeżeli którykolwiek z testów na obecność wirusa przeprowadzonych po upływie 3 oraz 6 miesięcy od daty ekspozycji zaistniałej w okresie ubezpieczenia wykaze, że Ubezpieczony został zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to rozpoczyna się bieg okresu 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 w ust. 2 powyżej, testy na obecność wirusa

potwierdzą, że Ubezpieczony pozostaje zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, który wybrał wariant 2 lub 3 tego rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia. Świadczenie to może być wypłacone tylko jeden raz za zakażenie danym typem wirusa WZW, w wyniku ekspozycji, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia..

§ 5

W granicach limitu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, dotyczącego całego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty wykonania badań na obecność wirusa HIV, WZW B i WZW C.

§ 6

Ubezpieczony obowiązany jest, niezwłocznie po ekspozycji, poddać się procedurze poekspozycyjnej – zdefiniowanej w § 8 poniżej – oraz przestrzegać jej postanowień. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków określonych w zdaniu poprzednim, 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 i pozostaje w normalnym związku z zaistniałą szkodą.

§ 7

Zwrot kosztów, jakie Ubezpieczony poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie okazanych 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, obowiązujący w jednostce medycznej (podmiocie leczniczym) zatrudniającej Ubezpieczonego. Postanowienia § 10 poniżej mają zastosowanie także w przypadku, gdy ubezpieczony nie jest zatrudniony w podmiocie leczniczym.

§ 9

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zakażenie HIV lub WZW, jeżeli do jego powstania doszło wskutek normalnego następstwa:

- 1) przyjmowania leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
- 2) samobójstwa, jego usiłowania, albo celowego samookaleczenia Ubezpieczonego,
- 3) pozostawania 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, o ile miało to wpływ na powstanie lub wielkość szkody,
- 4) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych, chyba że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami uprawnionego lekarza, niebędącego członkiem rodziny Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na wielkość szkody; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 5) dożylnego lub podskórnego przyjmowania przez Ubezpieczonego leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez lekarza.

§ 10

W razie ekspozycji Ubezpieczony 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.

§ 11

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, lub
- 2) wydatki te podlegały refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 12

Zwrotowi nie podlegają także wydatki poniesione przez Ubezpieczonego:

- 1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia lub z tym związane,
- 2) przekraczające sumę 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.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

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

W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
 - 1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
 - 2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
 - 3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są 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 przeniesienia 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.

