Ubezpieczenie dla Klientów Grupy Media Expert

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie dla Klientów Grupy Media Expert „Bezpieczne raty”

Pełne informacje podane są w Warunkach Ubezpieczenia dla Klientów Grupy Media Expert „Bezpieczne raty” z 01 kwietnia 2025 r. (kod: G-ME-CPI-01/25), zwanych dalej WU.
Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w WU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie osobowe i majątkowe (z działu II, grupa 1, 16 i 18 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), kierowane do Klientów Grupy Media Expert, dokonujących zakupu sprzętu i finansujących go kredytem ratalnym.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczenie może zostać zawarte w dwóch różniących się zakresem wariantach:

- Wariant Zdrowie
- Wariant Zdrowie, Praca, Rodzina

Przedmiotem ubezpieczenia w Wariancie Zdrowie oraz w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina jest:

- ✓ śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia stanowi aktualne na dzień śmierci Ubezpieczonego Saldo zadłużenia wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat;
- ✓ assistance medyczny w przypadku wystąpienia Pobytu w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy lub Ukąszenia przez kleszcza – limit 500 zł na każde ze świadczeń wchodzących w skład assistance medycznego;

oraz wymiennie w zależności od spełnienia przesłanek określonych w warunkach ubezpieczenia i źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- ✓ Pobyt w szpitalu - limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony;
- ✓ Czasowa niezdolność do pracy – limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony.

Dodatkowo w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina przedmiotem ubezpieczenia jest wymiennie w zależności od spełnienia przesłanek określonych w warunkach ubezpieczenia i źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w momencie zaistnienia zdarzenia:

- ✓ Utrata pracy - limit świadczeń odpowiada równowartości 6 rat kredytu w całym okresie ochrony oraz assistance zawodowy – limit 500 zł na każde świadczenie;
- ✓ Spłata Rachunków w razie Pobytu w szpitalu - limit świadczeń odpowiada równowartości sumie kwot rachunków, nie więcej niż 300 zł, maksymalnie 6 świadczeń w całym okresie ochrony.

W Wariancie Zdrowie i Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, który jednocześnie jest Ubezpieczającym.

Dodatkowo w Wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobyty w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy oraz assistance medycznego objęci są również Członkowie Rodziny Ubezpieczającego (tj. współmałżonek lub partner, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyły 18. roku życia oraz matka i ojciec Ubezpieczającego).

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✗ ryzyk innych niż śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy, Utrata pracy, assistance medyczny i zawodowy;
- ✗ zdarzeń assistance, które nie zostały wskazane w WU;
- ✗ w przypadku Pobytu w szpitalu - pobytu w szpitalu krótszego niż 5 dni oraz innego niż w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
- ✗ w przypadku Czasowej niezdolności do pracy - niezdolności trwającej krócej niż 7 dni.

Dodatkowo w przypadku Utraty pracy i assistance zawodowego ubezpieczenie nie obejmuje:

- ✗ zdarzeń powstałych w okresie 90 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- ✗ sytuacji, gdy Ubezpieczony nie uzyskał statusu bezrobotnego;
- ✗ sytuacji, gdy rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło bez wypowiedzenia, z winy pracownika lub zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonania pracy na zajmowanym stanowisku.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie do sumy ubezpieczenia i limitów świadczeń określonych w WU.
- ! Dzieci objęte ochroną w wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina nie mogą być starsze niż 18 lat.

Dodatkowo nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- ! zdarzenia będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
- ! zdarzenia powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
- ! zdarzenia powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody.

Pełna lista zdarzeń, które nie są objęte ochroną ubezpieczeniową, znajduje się w art. 13 WU i zależy od wariantu ubezpieczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✔ Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia należy zapoznać się z warunkami ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Ubezpieczyciela oświadczenia znajdujące się na dokumencie ubezpieczenia (polisie).

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy:

- zawiadomić Ubezpieczyciela o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego,
- przekazać Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do likwidacji szkody.

W razie zajścia zdarzenia assistance należy:

- zawiadomić Centrum Alarmowe Assistance (CAA) o wystąpieniu zdarzenia assistance,
- podać CAA dostępne informacje, niezbędne do udzielenia należnej pomocy oraz postępować zgodnie z dyspozycjami CAA,
- przekazać CAA dokumenty, o które CAA wnioskuje.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową opłaca Ubezpieczający jednorazowo, z góry za cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może w każdym czasie złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia lub odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy. Stosowne oświadczenie podpisane własnoręcznie lub jego skan należy złożyć za pośrednictwem formularza kontaktowego znajdującego się na stronie Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl/obsluga/ubezpieczenie-zawarte-w-sieciach-handlowych/.

ERGO HESTIA®

Warunki Ubezpieczenia dla Klientów Grupy Media Expert „Bezpieczne raty”

Warunki Ubezpieczenia dla Klientów Grupy Media Expert „Bezpieczne raty”

G-ME-CPI-01/25

Spis treści

1.	Postanowienia ogólne	4
2.	Definicje pojęć	4
3.	Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, Okres odpowiedzialności, składka ubezpieczeniowa	6
4.	Warianty i zakres Umowy ubezpieczenia	6
5.	Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	6
6.	Ubezpieczenie Pobytu w szpitalu	7
7.	Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy	7
8.	Ubezpieczenie assistance medyczny	7
9.	Zakres Świadczeń medycznych w Ubezpieczeniu assistance medyczny	7
10.	Ubezpieczenie spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu	8
11.	Ubezpieczenie Utraty pracy	8
12.	Ubezpieczenie assistance zawodowy	8
13.	Wyłączenia odpowiedzialności	9
14.	Terminy i zasady wypłaty świadczeń	9
15.	Roszczenia regresowe	10
16.	Forma i sposób doręczania dokumentów	11
17.	Reklamacje	11
18.	Informacja o przetwarzaniu przez Ubezpieczyciela danych osobowych oraz o prawach Ubezpieczającego i Ubezpieczonego przysługujących w związku z przetwarzaniem danych osobowych	11
19.	Postanowienia końcowe	12

Informacja dotycząca zapisów Warunków Ubezpieczenia dla Klientów
Grupy Media Expert „Bezpieczne raty”

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	art. 4, art. 5 ust. 1, 4 i 5, art. 6 ust. 1 – 4, art. 7 ust. 1 – 4, art. 8, art. 9 ust. 1 – 3, art. 10 ust. 1, 4, 5, 6, 7, art. 11 ust. 1, 2, 5, 6, i 7, art. 12 ust. 1, 3, 4, art. 14 ust. 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12.
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	art. 2 ust. 12, 21, art. 3 ust. 8, art. 5 ust. 3, art. 6 ust. 5, 6, art. 7 ust. 5, 6, art. 9 ust. 4, art. 10 ust 2, 3, art. 11 ust. 3, 4, 8, 9, art. 12 ust. 5, art. 13, art. 14 ust. 7.

KOD: G-ME-CPI-01/25. Warunki weszły w życie 01 kwietnia 2025 roku.
Obowiązują dla umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Artykuł 1.
Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia dla Klientów Grupy Media Expert „Bezpieczne raty" zwanych dalej również „WU", Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem", zawiera w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy ubezpieczenia z Klientami Grupy Media Expert.
2. Niniejsze warunki ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące czasu trwania tej ochrony, zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość świadczeń z Umowy ubezpieczenia oraz zasady wypłaty tych świadczeń, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady składania przez Ubezpieczonego reklamacji.
3. **Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na poniższe regulacje.**
4. **Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w art. 2, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.**
5. Informacja dla Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o przetwarzaniu przez Ubezpieczyciela ich danych osobowych zawarta jest w art. 18 niniejszych WU.

Artykuł 2.
Definicje pojęć

Pojęciom użytym w niniejszych WU oraz innych dokumentach Ubezpieczyciela związanych z Umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

1. **Centrum Alarmowe Assistance** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000189340, posiadająca nadany numer NIP: 1070000164; działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zajmującą się czynnościami obsługowymi w ramach Umowy ubezpieczenia.
2. **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek urazu ciała spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, trwająca minimum siedem nieprzerwanie następujących po sobie dni.
3. **Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które nie ukończyły 18. roku życia, matka, ojciec Ubezpieczającego.
4. **Dokument ubezpieczenia (Polisa)** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. **Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018 r. prowadzona na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub udział wspólnika/partnera w spółce osobowej.
6. **Dzień Pobytu w szpitalu** – dzień, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego Pobyt w szpitalu; za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.
7. **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i dokonująca Zakupu towaru za pośrednictwem jednego z niżej wskazanych podmiotów:
   a) ME M01 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714109,
   b) ME M02 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714049,
   c) ME M03 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714055,
   d) ME M04 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714061,
   e) ME M05 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714115,
   f) ME M06 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714026,
   g) ME M07 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671713943,
   h) ME M08 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 8132199474,
   i) ME M09 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714032,
   j) ME M10 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671713995,
   k) ME M11 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671713972,
   l) ME M12 Sp. z o.o., ul. Za Dworcem 1D, 77-400 Złotów, NIP: 7671714003.
8. **Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem jednego z podmiotów wskazanych w ust. 7 powyżej pomiędzy Klientem a bankiem finansującym w celu finansowania Zakupu towaru.
9. **Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym w razie nagłego zachorowania, Pobytu w szpitalu lub Czasowej niezdolności do pracy.
10. **Nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji.
12. **Okres karencji** – okres, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela za Zdarzenia ubezpieczeniowe.
13. **Okres ubezpieczenia** – okres na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia określony w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie) z uwzględnieniem okresu prolongaty wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat oraz z zastrzeżeniem Okresu karencji, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie ubezpieczenia. W okresie udzielanej prolongaty Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 37 pkt 1) poniżej.
14. **Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe, niebędąca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.
15. **Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.
16. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

17. **Pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie, trwający nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 5 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, Pobyt w szpitalu musi rozpocząć się w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.
18. **Rachunki** – rachunki za media wystawione na adres miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, tj. za gaz, energię elektryczną, czynsz, Internet, telefon, olej opałowy oraz wodę i parking, jeśli nie są składową opłacanego czynszu za wynajem mieszkania lub domu.
19. **Rata** – kwota miesięcznej raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu, która została wskazana w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
20. **Saldo zadłużenia** – wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat kwota, obliczana jako liczba Rat, która pozostaje do spłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku pomnożona przez kwotę pojedynczej Raty.
21. **Sporty wysokiego ryzyka** – poniżej podane sporty uprawiane zarówno na poziomie rekreacyjnym, jak i wyczynowym: sporty motorowe, sporty kaskaderskie, sporty lotnicze, alpinizm, bungee jumping, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, jazdę na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, kajakarstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, szermierkę, sporty obronne, speleologię, skoki do wody, płetwonurkowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach surwiwalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne.
22. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego.
23. **Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepisów prawa polskiego, potwierdzony przez uprawniony organ.
24. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się regulowane prawem polskim:
    1) Umowę o pracę lub Stosunek służbowy zawarte na czas nieokreślony,
    2) Umowę o pracę lub Stosunek służbowy zawarte na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania Umowy o pracę lub data ustania Stosunku służbowego jest późniejsza, niż data spłaty ostatniej Raty,
    3) Działalność gospodarczą.
25. **Stosunek służbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, mianowania lub Spółdzielczej umowy o pracę.
26. **Spółdzielcza umowa o pracę** – spółdzielcza umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze.
27. **Suma ubezpieczenia/Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazana na Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
28. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
29. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia; przy czym w przypadku:
    1) Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medyczny, Ubezpieczenia Spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Utraty pracy, Ubezpieczenia assistance zawodowy - Ubezpieczonym jest Ubezpieczający,
    2) Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medycznego – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina Ubezpieczonymi są również Członkowie rodziny Ubezpieczającego.
30. **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy, 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 zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa, posiadające status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.
31. **Ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza.
32. **Umowa ubezpieczenia** – umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie WU.
33. **Uposażony** – osoby/podmioty wskazane przez Ubezpieczonego, którym wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewskazania Uposażonego, zastosowanie mają zapisy zastosowane w art. 5 ust. 8 niniejszych WU.
34. **Utrata pracy** – utrata jedynego, stałego źródła dochodu w konsekwencji ustania Stosunku pracy to jest: Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej (nie dotyczy zawieszenia Działalności Gospodarczej), lub wypowiedzenie przez pracodawcę lub wygaśnięcie Stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną lub rozwiązania na mocy porozumienia stron, oraz pod warunkiem uzyskania Statusu bezrobotnego.
35. **Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej** – zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie danych znajdujących się w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG") w następstwie otrzymania przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego informującego o złożeniu wniosku o wykreślenie jego wpisu w CEIDG lub zaświadczenia potwierdzającego złożenie ww. wniosku lub w przypadku udziału wspólnika/partnera w spółce osobowej – likwidacja lub upadłość spółki osobowej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentów potwierdzających likwidację lub upadłość spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych.
36. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług dokonany w punkcie sprzedaży stanowiącym część sieci handlowej pod marką Media Expert, wskazanym w ust. 7.
37. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od rodzaju ubezpieczenia stanowi:
    1) Śmierć Ubezpieczonego - w ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
    2) Pobyt w szpitalu - w ubezpieczeniu Pobytu w szpitalu, ubezpieczeniu spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w szpitalu,
    3) Czasowa niezdolność do pracy - w ubezpieczeniu Czasowej niezdolności do pracy,
    4) Nagłe zachorowanie - w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczenia: wizyta u lekarza specjalisty,
    5) Nieszczęśliwy wypadek - w ubezpieczeniu assistance medyczny w zakresie świadczeń: wizyta u lekarza specjalisty, refundacja leków, kosztów sprzętu rehabilitacyjnego, organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji,
    6) Ukąszenie przez kleszcza – w ubezpieczeniu Assistance medyczny w zakresie świadczeń: refundacja kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, organizacja i pokrycie kosztów lub refundacja kosztów badania kleszcza, refundacja kosztów antybiotykoterapii,
    7) Utrata pracy – w ubezpieczeniu Utraty pracy, ubezpieczeniu Assistance zawodowy.

Artykuł 3.
Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, Okres odpowiedzialności, składka ubezpieczeniowa

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
   1) Zdrowie,
   2) Zdrowie, Praca, Rodzina.
2. Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzane jest Dokumentem ubezpieczenia (Polisą).
4. Prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia, opis świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia i tryb dochodzenia roszczeń w związku z zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową określone są w WU.
5. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia, należna za cały Okres ubezpieczenia, stanowi iloczyn: stawki ubezpieczeniowej, kwoty Kredytu (powiększonej o koszty opłat i prowizji bankowych, jeżeli były kredytowane) oraz liczbę Rat przewidzianych w Pierwotnym harmonogramie spłat (powiększonych o okres udzielanej prolongaty jeśli wystąpi). Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest na Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
6. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały Okres ubezpieczenia.
7. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest nie później niż w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem przekazania jej ERGO Hestii (lub reprezentującemu ERGO Hestię agentowi).
8. W przypadku Ubezpieczenia Utraty pracy i Ubezpieczenia assistance zawodowy stosuje się Okres karencji, wynoszący 90 dni, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, co jest uwzględnione w wyliczonej składce ubezpieczeniowej.
9. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie w Okresie ubezpieczenia składając pisemne oświadczenie podpisane własnoręcznie lub jego skan za pośrednictwem formularza kontaktowego znajdującego się na stronie Ubezpieczyciela: https://www.ergohestia.pl/obsluga/ubezpieczenie-zawarte-w-sieciach-handlowych/.
10. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy niewykorzystany dzień Okresu ubezpieczenia.
11. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości. Oświadczenie o odstąpieniu można złożyć pisemnie lub wysyłając skan oświadczenia za pośrednictwem formularza kontaktowego znajdującego się na stronie Ubezpieczyciela: https://www.ergohestia.pl/obsluga/ubezpieczenie-zawarte-w-sieciach-handlowych/.
12. W przypadku rozwiązania umowy Zakupu towaru i odstąpienia od umowy Kredytu, Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając pisemne oświadczenie.
13. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
   1) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie),
   2) z chwilą śmierci Ubezpieczającego,
   3) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi w formie pisemnej oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia,
   4) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 4.
Warianty i zakres Umowy ubezpieczenia

1. Zakres ochrony w wariancie Zdrowie obejmuje:
   1) Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
   2) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, dla Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
   3) Czasową niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
   4) assistance medyczny.
2. Zakres ochrony w wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina obejmuje świadczenia przewidziane w wariancie Zdrowie i dodatkowo:
   1) Utratę pracy oraz assistance zawodowy - Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w powyższym zakresie począwszy od dnia następnego po dniu, w którym został zatrudniony na podstawie Stosunku pracy,
   2) Spłatę Rachunków w razie Pobytu w szpitalu - Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w powyższym zakresie począwszy od dnia następnego po dniu, w którym zaczął osiągać dochody z tytułu emerytury lub renty (albo ma ustalone prawo do emerytury lub renty) lub uzyskuje dochody z innych źródeł niż Stosunek pracy,
   3) Pobyt w szpitalu Członka rodziny,
   4) assistance medyczny Członka rodziny.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego lub Spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego udzielanej w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) powyżej w dacie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do którego przysługuje dane świadczenie.
4. W wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina w ubezpieczeniu Pobytu w szpitalu oraz assistance medyczny ochroną ubezpieczeniową dodatkowo objęty jest Członek rodziny.

Artykuł 5.
Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. W ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Sumę ubezpieczenia stanowi aktualne na dzień śmierci Ubezpieczonego Saldo zadłużenia wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat.
3. W Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku świadczenie jest wypłacane w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia ustalonej stosownie do ust. 2 powyżej.

4. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje w sytuacji zaistnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Uposażonemu.
7. Ubezpieczony może dokonać wskazania lub zmiany Uposażonego składając pisemny wniosek u Ubezpieczyciela.
8. W przypadku niewskazania Uposażonego, uprawnionym do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest, według następującej kolejności:
   1) małżonek,
   2) dzieci – w częściach równych w przypadku braku małżonka,
   3) rodzice – w częściach równych w przypadku braku małżonka i dzieci,
   4) spadkobiercy Ubezpieczonego, inni niż wskazani w pkt 1-3 powyżej w równych częściach.
9. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania Uposażonego, w sposób określony w ust. 7 powyżej.

Artykuł 6.
Ubezpieczenie Pobytu w szpitalu

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest Pobyt w szpitalu przez Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonym niezatrudnionym na podstawie Stosunku pracy, którzy zobowiązani są udokumentować swój Pobyt w szpitalu kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego, pozwalając ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
3. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu przysługuje odpowiednio po upływie pięciu dni Pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego.
4. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych, nieprzerwanych trzydziestu dni Pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego.
5. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu wynosi 6 miesięcznych świadczeń ustalanych zgodnie z ust. 6 poniżej w całym Okresie ubezpieczenia na wszystkich Ubezpieczonych.
6. Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu równe jest kwocie Raty wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
7. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w art. 2 ust. 29 pkt 2).

Artykuł 7.
Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest Czasowa niezdolność do pracy przez Ubezpieczonego będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonym czerpiącym dochody ze Stosunku pracy, którzy przedstawią odpowiednie zaświadczenie lekarskie o Czasowej niezdolności do pracy.
3. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje odpowiednio po upływie siedmiu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego.
4. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego.
5. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
6. Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie Raty wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
7. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w art. 2 ust. 29 pkt 1).

Artykuł 8.
Ubezpieczenie assistance medyczny

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy, Nagłego zachorowania lub Ukąszenia przez kleszcza, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego Assistance zorganizuje i pokryje koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w niniejszych WU.
2. Przedmiotem Ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych WU.
3. Świadczenia objęte Ubezpieczeniem assistance medycznym organizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
4. Zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w art. 9 ust. 2 przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie wówczas, gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego trwał przez nieprzerwany okres minimum 5 dni lub Czasowa niezdolność do pracy trwała minimum 7 dni.
5. W przypadku równoczesnego Pobytu w szpitalu lub wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy u kilku Ubezpieczonych w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zwrot kosztów objętych Ubezpieczeniem assistance medyczny przysługuje każdej z osób niezależnie.

Artykuł 9.
Zakres Świadczeń medycznych w Ubezpieczeniu assistance medyczny

1. Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Nagłego zachorowania przysługuje organizacja i pokrycie kosztów **wizyty u lekarza specjalisty** w Placówce medycznej:
   1) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
   2) świadczenie jest realizowane w Placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,

3) Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
   a) jednej wizyty w Okresie ubezpieczenia – w wariancie Zdrowie,
   b) trzech wizyt w Okresie ubezpieczenia – w wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina, łącznie dla wszystkich Ubezpieczonych.

2. Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów następujących świadczeń medycznych:
   1) **zwrot kosztów leków**, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe,
   2) **wizyta kontrolna u lekarza specjalisty**, na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie Ubezpieczeniowe, maksymalnie 3 (trzech) wizyt w Okresie Ubezpieczenia,
   3) **organizacja i pokrycie kosztów zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony otrzymał pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego o konieczności używania sprzętu rehabilitacyjnego Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt zakupu Sprzętu do kwoty 500 PLN,
   4) **organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji** - jeżeli Ubezpieczony otrzymał pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt:
      a) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,

      albo

      b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,

   Ubezpieczyciel pokryje koszty rehabilitacji do kwoty 500 PLN.

3. W razie Ukąszenia przez kleszcza, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów następujących świadczeń medycznych:
   1) **zwrot kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza**, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe,
   2) **organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów badania kleszcza** pod kątem nosicielstwa patogenów, do kwoty 500 PLN; jeżeli w przypadku braku dostępności wybranej Placówki medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem, organizacja bezgotówkowego badania kleszcza nie będzie możliwa, Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów badania poniesionych w dowolnej placówce, do kwoty 500 PLN,
   3) **zwrot kosztów antybiotykoterapii**, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN.
4. Wskazane w ust. 1-3 kwoty stanowią Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla poszczególnych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.

Artykuł 10.
Ubezpieczenie spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata Rachunków, których termin płatności przez Ubezpieczonego przypadał w trakcie Pobytu w szpitalu.
2. W razie Pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne świadczenie w wysokości sumy kwot Rachunków, których termin płatności przypadał w danym miesiącu Pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż 300 PLN.
3. Ubezpieczonemu przysługuje Limit 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
4. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Drugie i kolejne miesięczne świadczenia z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu przysługuje po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
6. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
7. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu, o którym mowa w art. 2 ust. 29 pkt 2).

Artykuł 11.
Ubezpieczenie Utraty pracy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego.
2. W Ubezpieczeniu Utraty pracy wypłacane jest miesięczne świadczenie.
3. Ubezpieczonemu przysługuje Limit 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
4. Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie Raty wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
5. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy w momencie uzyskania Statusu bezrobotnego, pod warunkiem, że Utrata pracy nastąpiła po upływie Okresu karencji określonego w art. 3 ust. 9.
6. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy wypłacane jest po trzydziestu dniach od dnia uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
7. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
8. W razie Utraty pracy w przypadku zatrudnienia na czas określony, ostatnie miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy jest wypłacane do dnia, w którym uległby rozwiązaniu Stosunek pracy.
9. Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia, z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym Ubezpieczony:
   1) został zatrudniony u nowego pracodawcy, bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,
   2) utracił Status bezrobotnego,
   3) uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

Artykuł 12.
Ubezpieczenie assistance zawodowy

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń w zakresie określonym w niniejszych WU.
2. Organizacja świadczeń następuje na wniosek Ubezpieczonego.

3. Warunkiem organizacji i pokrycia kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpieczonego przez Centrum Alarmowe Assistance, jest Utrata pracy Ubezpieczonego mająca miejsce po upływie Okresu karencji określonego w art. 3 ust. 9.
4. W razie Utraty pracy, Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztów następujących usług, realizowanych przez Centrum Alarmowe Assistance:
   1) **sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae** Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
      a) Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
      b) Ubezpieczonemu przysługują 3 (trzy) świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
   2) **przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej** podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
      a) Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
      b) Ubezpieczyciel pokrywa koszty spotkań o czasie trwania do 2 (dwóch) godzin.
   3) **tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych**,
      a) Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
      b) Ubezpieczyciel pokrywa koszty tłumaczenia o maksymalnej objętości tłumaczonych dokumentów do 8 (ośmiu) stron.
   4) **monitoring rynku pracy** polegający na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkalających:
      a) Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN.
5. Wskazane w ust. 4 kwoty stanowią Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla pokrycia kosztów poszczególnych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia, na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe.

Artykuł 13.
Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
   1) będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
   2) powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
   3) powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
   4) powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
   5) powstałe na skutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
   6) powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
   7) powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
   8) powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
   9) powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   10) powstałe na skutek nawet jednokrotnego wykonywania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
   11) powstałe na skutek uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.
2. Za Pobyt w szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytu związanego z:
   1) wykonaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
   2) wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
3. Za wykonanie usługi medycznej odpowiedzialność ponoszą wykonujący je lekarze specjaliści, zgodnie z przepisami prawa.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń lekarza bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Assistance.
5. Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w Ubezpieczeniu Utraty pracy oraz w Ubezpieczeniu assistance zawodowy wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
   1) Utrata pracy nastąpiła w związku z wypowiedzeniem Umowy o pracę przez Ubezpieczonego,
   2) Utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia Stosunku pracy zawartego na czas określony z powodu upływu terminu na jaki została zawarta,
   3) w związku z drugą i każdą następną Utratą pracy, jeżeli nastąpiła ona na skutek rozwiązania Stosunku pracy z tym samym pracodawcą,
   4) gdy rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło bez wypowiedzenia z winy pracownika.

Artykuł 14.
Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
5. Powiadomienie Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: (58) 558 77 74. Opłata zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.

6. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Ubezpieczeniach assistance medyczny, assistance zawodowy, Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu wskazanym w ust. 5,
   2) podać dostępne informacje, niezbędne do udzielenia należnej pomocy z zakresu świadczeń, to jest:
      a) PESEL,
      b) Numer Dokumentu ubezpieczenia (Polisy),
      c) imię i nazwisko Ubezpieczającego lub Członka rodziny,
      d) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy,
      e) miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
      f) telefon kontaktowy,
   3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Assistance, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania (np. dokumenty potwierdzające Utratę pracy),
7. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w niniejszym ust. 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
   2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
   3) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W celu wypłaty świadczenia z tytułu: Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu oraz Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
   2) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez szpital zawierającą informacje o hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego albo Członka rodziny i przyczynach hospitalizacji,
   3) w przypadku Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego kopię Rachunków,
   4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.
10. W celu wypłaty świadczenia wnioskujący o wypłatę świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
    2) kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy, trwającej minimum 7 nieprzerwanie następujących po sobie dni,
    3) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
    1) dokument potwierdzający formę i czas zatrudnienia,
    2) w przypadku Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt zakończenia,
    3) potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydanego przez właściwy urząd pracy,
    4) w razie rozwiązania Umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenie Umowy o pracę lub Stosunku służbowego wraz z uzasadnieniem (o ile do wypowiedzenia takie uzasadnienie było sporządzone),
    5) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,
    6) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
12. W celu wypłaty kolejnych miesięcznych Świadczeń z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela potwierdzenie posiadania Statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.

Artykuł 15.
Roszczenia regresowe

1. Z dniem wypłaty świadczenia (odszkodowania) przez Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia (odszkodowania). Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniami Ubezpieczyciela w stosunku do pozostałej części. Na Ubezpieczyciela nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędnych informacji i dokumentów oraz umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do dochodzenia roszczeń regresowych.
3. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia (odszkodowania) lub je odpowiednio zmniejszyć, a Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej.
4. W razie niespełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków, wynikających z ust. 2, z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego i uniemożliwienia przez to Ubezpieczycielowi dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za Szkodę, Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych za Szkodę, jaką poniósł Ubezpieczyciel z tego tytułu.
5. Zapisy, o których mowa w ust. 3 nie dotyczą Członków rodziny.

Artykuł 16.
Forma i sposób doręczania dokumentów

1. Oświadczenia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie i przesłane na wskazane adresy do korespondencji lub w innej formie – zgodnie z treścią ust. 2 poniżej.
2. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA ul. Hestii,1 81-731 Sopot, lub w innej formie, na którą Ubezpieczyciel i Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel i Ubezpieczony wyrażą odrębną zgodę.
3. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

Artykuł 17.
Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, poszukujący ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta, Ubezpieczycielowi w następujący sposób:
   - poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
   - na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23
   - telefonicznie, pod numerem: (58) 558 77 74;
   - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   - 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 pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających 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 składający reklamację zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
5. W niestandardowych sprawach osoba wskazana w ust. 1 może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Osoba składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl
7. Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

Artykuł 18.
Informacja o przetwarzaniu przez Ubezpieczyciela danych osobowych oraz o prawach Ubezpieczającego i Ubezpieczonego przysługujących w związku z przetwarzaniem danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23;
   3) 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) na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23;
   3) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   4) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;
   2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych;
   3) reasekuracji ryzyk;
   4) dochodzenia roszczeń;
   5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
9) analitycznych i statystycznych.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:
   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;
   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;
   3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej);
   4) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
   5) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.
6. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
7. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
8. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 7 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. W przypadku, gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej, np. w celach marketingowych, jest dobrowolne.

Artykuł 19.
Postanowienia końcowe

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
   1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia,
   2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być zakończone w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa,
   www.rf.gov.pl. który jest podmiotem właściwym do prowadzenia pozasądowych postepowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiazywaniu sporów konsumenckich.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU właściwym jest prawo polskie.
5. W przypadkach nieuregulowanych w niniejszych WU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.

6. W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia i umowy gwarancji ubezpieczeniowych zawierane przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, Ubezpieczyciel nie będzie uznany za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązany do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do Ubezpieczyciela.
7. Niniejsze WU obowiązują od dnia 01 kwietnia 2025 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od tej daty.

ERRATA

Niniejszą Erratą wprowadza się następujące zmiany w treści warunków ubezpieczenia Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie:

§ 1

Zmienia się postanowienie dotyczące składania reklamacji poprzez formularz na stronie internetowej na następujące:

1. Reklamację można złożyć poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl/reklamacja.

§ 2

Zmienia się postanowienia dotyczące formy i sposobu udzielenia odpowiedzi na następujące:

1. Reklamacja zostanie rozpatrzona i odpowiedź zostanie udzielona w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Forma udzielenia odpowiedzi odpowiada formie zgłoszenia reklamacji, a odpowiedź zostanie udzielona w następujący sposób:
   a) jeżeli reklamacja została złożona w postaci elektronicznej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci elektronicznej na ten sam adres do doręczeń elektronicznych lub za pośrednictwem tego samego środka komunikacji elektronicznej,
   b) jeżeli reklamacja została złożona w postaci papierowej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci papierowej,
   c) jeżeli reklamacja została zgłoszona telefonicznie, ustnie lub przez formularz internetowy, odpowiedź zostanie udzielona w formie wskazanej przez osobę zgłaszającą reklamację (w postaci papierowej lub elektronicznej),
2. Osoba składająca reklamację zawsze może wskazać sposób udzielenia odpowiedzi na nią (na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej lub na adres do doręczeń elektronicznych albo w postaci papierowej).

§ 3

Niniejsza Errata została zatwierdzona Uchwałą Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. nr WS 03/2026 z dnia 27 stycznia 2026 roku. Postanowienia niniejszej Erraty obowiązują i mają zastosowanie od dnia 13.02.2026 r.