

Warunki ubezpieczenia dla klientów EURO – net Sp. z o.o. Raty pod ochroną

**Informacja dotycząca zapisów „Warunków ubezpieczenia dla klientów EURO – net Sp. z o.o.
Raty pod ochroną”**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	art. 4, art. 5 ust. 1, 4 i 5, art. 6 ust. 1 - 3, art. 7 ust. 1 - 4, art. 8 ust. 1 - 4, art. 9 ust. 1, art. 10 ust. 1 - 3, art. 11 ust. 1, 2, 4 i 5, art. 12 ust. 1, 5, 6, 7, art. 13 ust. 1 - 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 ust. 13, 30, art. 3 ust. 8, art. 6 ust. 7, art. 9 ust. 6, art. 14

Artykuł 1. Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych „Warunków ubezpieczenia dla klientów EURO – net Sp. z o.o. Raty pod ochroną” zwanych dalej również „WU”, Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy ubezpieczenia z klientami EURO – net Sp. z o.o.
2. Niniejsze warunki ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczącej czasu trwania tej ochrony, zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokości 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 Artykule 2, gdyż z opisów 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.

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. Domaniewskiej 50B, 02-672 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 (7) 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 o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz.U.2015.584) 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. **EURO-net Sp. z o.o.** – „Euro-net” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: 02-273 Warszawa, ul. Muszkieterów 15, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117710, o numerze NIP 5270005984, o numerze REGON 010137837, o numerze rejestrowym GŁOŚ E0003818WBW, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł; EURO – net Sp. z o.o. jest agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela.
8. **Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. w celu Zakupu towaru.
9. **Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym w razie nagłego zachorowania, Pobytu w Szpitalu lub Czasowej niezdolności do pracy.
10. **Nagle 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 niezależnie od woli Ubezpieczonego lub Członka rodziny, w następstwie którego Ubezpieczony lub Członek rodziny 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 (Polisa); z zastrzeżeniem Okresu karencji, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie ubezpieczenia.
14. **Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe nie będąca 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, działająca 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.
19. **Rata** – miesięczna rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu, która została wskazana w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
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 wartość pojedynczej Raty.
21. **Sporty wysokiego ryzyka** – obejmują wszystkie sporty uprawiane w związku z Wyciecznym uprawianiem sportu i poniżej podane sporty uprawiane zarówno na poziomie rekreacyjnym, jak i wyciecznym: 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, kajakerstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, alpinizm, szermierkę, sporty obronne, speleologię, skoki do wody, pletwonurkowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, jazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub assekuracyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500m 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 2004r., w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego (t.j. Dz.U.2015. nr 0 poz. 149) 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 raty, 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 (t.j. Dz.U.2013.1443).
27. **Suma ubezpieczenia/Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazana na Dokumencie ubezpieczenia (Polisie).
28. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki leczniczej zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowany personel medyczny opieki medycznej, leczenia i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji.
29. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
30. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia; przy czym w przypadku:
 - 1) Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medycznej, Ubezpieczenia Spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczenia Utraty pracy, Ubezpieczenia assistance zawodowej, – Ubezpieczonym jest Ubezpieczający,
 - 2) Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medycznego – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina Ubezpieczonymi są również Członkowie rodziny Ubezpieczającego.
31. **Ubezpieczyciel** – Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisana 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, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa.
32. **Ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza.
33. **Umowa ubezpieczenia** – umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie WU.
34. **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.

35. **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 i rozwiązania na mocy porozumienia stron, oraz pod warunkiem uzyskania Statusu bezrobotnego.
36. **Wycieczne uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w tym w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, przy jednoczesnym pobieraniu wynagrodzenia z tego tytułu, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków.
37. **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.
38. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług dokonany w punkcie sprzedaży EURO-net Sp. z o.o. stanowiącym część sieci handlowej pod marką RTV EURO AGD.
39. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jakim jest:
 - 1) w Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) w Ubezpieczeniu Pobytu w Szpitalu – Pobyt w Szpitalu,
 - 3) w Ubezpieczeniu Czasowej niezdolności do pracy – Czasowa niezdolność do pracy,
 - 4) w Ubezpieczeniu assistance medycznej – Pobyt w Szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy, Nagłe zachorowanie, Ukąszenie przez kleszcza,
 - 5) w Ubezpieczeniu Utraty pracy i Ubezpieczeniu assistance zawodowej – Utrata pracy,
 - 6) w Ubezpieczeniu Spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu – Pobyt w Szpitalu.

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

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) Zdrowie,
 - 2) Zdrowie, Praca, Rodzina.
2. Początek i koniec Okresu ubezpieczenia wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzone jest Dokumentem ubezpieczenia (Polisa).
4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry przez Ubezpieczającego, jednocześnie z zawarciem Umowy ubezpieczenia, za cały okres trwania Umowy ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem przekazania jej EURO-net Sp. z o.o. jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczycielowi.
5. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Okresu ubezpieczenia oraz ceny Zakupu towaru. Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest na Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej w każdym czasie w Okresie ubezpieczenia.
8. W przypadku Ubezpieczenia Utraty pracy i Ubezpieczenia assistance zawodowej stosuje się Okres karencji, wynoszący 90 dni, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, co jest uwzględnione w składce ubezpieczeniowej.
9. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługują zwrot składki za każdy niewykorzystany dzień Okresu ubezpieczenia.
10. Ubezpieczający ma prawo w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, w takim przypadku uznaje się, że ochrona nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
11. W przypadku rozwiązania umowy Zakupu towaru i rozwiązania Kredytu, Ubezpieczający ma prawo w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej odstąpić od Umowy ubezpieczenia; w takim przypadku uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
12. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,
 - 2) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa),
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczającego,
 - 4) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi w formie pisemnej lub za pomocą poczty elektronicznej oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 4.**Warianty i zakres Umowy ubezpieczenia**

- Wariant Zdrowie obejmuje następujące Ubezpieczenia:
 - Na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - Pobyt w Szpitalu, dla Ubezpieczonych niezatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
 - Czasowa niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie Stosunku pracy,
 - assistance medyczny.
- Wariant Zdrowie, Praca, Rodzina obejmuje następujące Ubezpieczenia:
 - 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,
 - Splata 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 niż Stosunek pracy źródeł,
 - Pobyt w Szpitalu, dla Ubezpieczonych niezatrudnionych w dniu zdarzenia na podstawie Stosunku pracy,
 - Czasowa niezdolność do pracy dla Ubezpieczonych zatrudnionych w dniu zdarzenia na podstawie Stosunku pracy,
 - assistance medyczny,
 - na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy, assistance zawodowy lub Spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu, udzielanej w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonych przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1 i 2 powyżej w dacie wystąpienia odpowiednio jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych powyżej.

Artykuł 5.**Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**

- Przedmiotem Ubezpieczenia jest śmierć Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku śmierci Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Sumę ubezpieczenia stanowi Saldo zadłużenia aktualne na dzień śmierci Ubezpiezonego.
- W Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku świadczenie jest wypłacane w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia ustalonej stosownie do ust. 2.
- Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego przysługuje w sytuacji zaistnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpiezonego.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpiezonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Uposażonemu.
- Ubezpieczony może dokonać wskazania lub zmiany Uposażonego za pośrednictwem dedykowanego nr Infolinii (58) 558 71 73.
- W przypadku niewskazania Uposażonego, uprawnionym do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego jest, według następującej kolejności:
 - małżonek,
 - dzieci – w częściach równych w przypadku braku małżonka,
 - rodzice – w częściach równych w przypadku braku małżonka i dzieci,
 - ustawowi spadkobiercy Ubezpiezonego, inni niż wskazani w pkt 1-3 powyżej w równych częściach.
- Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania Uposażonego, w sposób określony w ust. 7 powyżej.

Artykuł 6.**Ubezpieczenie Pobytu w Szpitalu**

- Przedmiotem Ubezpieczenia jest Pobyt Ubezpiezonego w Szpitalu.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje odpowiednio po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych, nieprzerwanych trzydziestu dni Pobytu w Szpitalu.
- Pobyt w Szpitalu powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpiezonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu wynosi 6 miesięcznych świadczeń ustalanych zgodnie z ust. 6 w całym Okresie ubezpieczenia na wszystkich Ubezpieczonych.
- Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu równe jest kwocie Raty wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
- Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 7.**Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Czasowa niezdolność do pracy przez Ubezpiezonego będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku.

- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje odpowiednio po upływie siedmiu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpiezonego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy przysługują każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpiezonego.
- Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
- Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie Raty.
- Świadczenie z tytułu Utraty Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego wypłaca się Ubezpieczonemu.
- W przypadku równoczesnego wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy u kilku Ubezpieczonych w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego.

Artykuł 8.**Ubezpieczenie assistance medyczny**

- W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu w Szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy, Nagłego zachorowania lub Ukąszenia przez kleszcza Ubezpieczyciel pokryje koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w niniejszych WU.
- Przedmiotem Ubezpieczenia jest pokrycie kosztów organizacji i kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych WU.
- Koszty objęte Ubezpieczeniem assistance medycznym pokrywane są na wniosek Ubezpiezonego.
- Zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w art. 9 przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie wówczas, gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego trwał przez nieprzerwany okres minimum 5 dni lub Czasowa niezdolność do pracy trwała minimum 7 dni.
- 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**

- Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Nagłego zachorowania przysługuje organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty w Placówce medycznej:
 - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - świadczenie jest realizowane w Placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem w terminie maksymalnie 5 dni roboczych,
 - Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - 1 (jednej) wizyty w Okresie ubezpieczenia – w wariantcie Zdrowie,
 - 3 (trzech) wizyt w Okresie ubezpieczenia – w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina, łącznie dla wszystkich Ubezpieczonych.
- Ubezpieczonemu w razie Czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w Szpitalu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów następujących świadczeń medycznych:
 - zwrot kosztów leków, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - wizyta kontrolna u lekarza specjalisty, na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie Ubezpieczeniowe,
 - 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,
 - organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji – jeżeli Ubezpieczony otrzymał pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt:
 - wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpiezonego, albo
 - wizyty Ubezpiezonego w poradni rehabilitacyjnej, Ubezpieczyciel pokryje koszty rehabilitacji do kwoty 500 PLN.
- W razie Ukąszenia kleszcza, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów lub zwrot kosztów następujących świadczeń medycznych:
 - zwrot kosztów wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza, do kwoty 500 PLN na Zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 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,
 - zwrot kosztów antybiotykoterapii, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego, do kwoty 500 PLN.
- Wskazane w ust. 1-3 kwoty stanowią Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla pokrycia lub zwrotu kosztów poszczególnych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.

Artykuł 10.**Ubezpieczenie spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest splata Rachunków przedstawionych przez Ubezpiezonego w razie Pobytu w Szpitalu.
- 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.
- Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu Ubezpiezonego w Szpitalu.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenia z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu przysługują po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w Szpitalu Ubezpiezonego.
- Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpiezonego, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpiezonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 11.**Ubezpieczenie Utraty pracy**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy przez Ubezpiezonego.
- W Ubezpieczeniu Utraty pracy wypłacane jest miesięczne świadczenie.
- Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
- Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie Raty.
- 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. 8.
- Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Utraty pracy wypłacane jest po trzydziestu dniach od dnia uzyskania przez Ubezpiezonego Statusu bezrobotnego.
- Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpiezonego Statusu bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
- 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.
- Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia, z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym Ubezpieczony:
 - został zatrudniony u nowego pracodawcy, bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,
 - utracił Status bezrobotnego,
 - uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

Artykuł 12.**Ubezpieczenie assistance zawodowy**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń w zakresie określonym w niniejszych WU.
- Koszty świadczenia są pokrywane na wniosek Ubezpiezonego.
- Warunkiem pokrycia kosztów usług świadczonych na rzecz Ubezpiezonego przez Centrum Alarmowe Assistance, jest Utrata pracy Ubezpiezonego mająca miejsce po upływie Okresu karencji określonego w art. 3 ust. 8.
- W razie Utraty pracy, Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztów następujących usług, realizowanych przez Centrum Alarmowe Assistance:
 - sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpiezonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
 - Ubezpieczonemu przysługują trzy świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszty spotkań o czasie trwania do 2h.
 - tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych,
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
 - Ubezpieczyciel pokrywa koszty tłumaczenia o maksymalnej objętości tłumaczonych dokumentów do 8 stron.
 - monitoring rynku pracy polegający na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkalających:
 - 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 próby 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 względem słuszności,
 - 10) powstałe na skutek Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - 11) powstałe na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
 - 12) powstałe na skutek uczestnictwa 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 uszkodzenia 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 ustanie Stosunku pracy nastąpiło na podstawie art. 52 Kodeksu pracy, tj.:
 - a) dopuszczenia się przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych,
 - b) popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które uniemożliwia dalsze zatrudnienie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
 - c) zawinionej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.

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. Bezsprawną 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

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.

Zdarzenia ubezpieczeniowego. Wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: (58) 558 71 73. 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 należytej 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 wnioskują Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania np. dokumenty potwierdzające Utratę pracy,
 - 4) 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.
7. 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.
8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu: Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu oraz Ubezpieczenia sploty 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 sploty 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.
9. 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.
10. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) kopię ostatniej Umowy o pracę,
 - 2) w przypadku Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt zakończenia,
 - 3) potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydane przez właściwy urząd pracy,
 - 4) w razie rozwiązania Umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenia 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.
11. 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.

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. Wszelką korespondencją adresowaną 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, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl,
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 558 71 73,
 - 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 4) 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 ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w ciągu 60 dni od dnia otrzymania.
5. Osoby wskazane w ust. 1 mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Ubezpieczony lub inny uprawniony z Umowy ubezpieczenia może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego oraz do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.

Artykuł 18.

Postanowienia ogólne

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 – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem właściwym 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 oraz Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu 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 oraz inne stosowne przepisy prawa.
6. Niniejsze WU obowiązują od dnia 2 października 2017 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o., jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela począwszy od tej daty.



Pelnomocnik Zarządu
Renata Mordaka.