

# Ubezpieczenie dla Klientów EURO-net Sp. z o.o

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym



Przedsiębiorstwo: **Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska**

Produkt: **Ubezpieczenie Raty pod ochroną**

Pełne informacje podane są w **Warunkach Ubezpieczenia dla Klientów EURO-net Sp. z o.o. Raty pod ochroną** z 1 października 2018 r. (kod: MP/OW178/1810), 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 – Dz. U. z 2018r., poz. 999), kierowane do Klientów EURO-net Sp. z o.o., 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 Wariantcie Zdrowie oraz w Wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina jest:

- ✓ śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia odpowiada iloczynowi liczby rat kredytu pozostających do spłaty w momencie zdarzenia i wartości pojedynczej raty;
- ✓ 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 Wariantcie 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 sumy kwot rachunków, nie więcej niż 300 zł, maksymalnie 6 świadczeń w całym okresie ochrony.

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

Dodatkowo w Wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy oraz assistance medycznego objęci są również Członkowie Rodziny Ubezpieczającego (tj. współmałżonek lub partner oraz 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 wariantcie 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 należytej 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 może złożyć w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej.

## 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 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. 1-3, 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

## Artykuł 1. Postanowienia ogólne

- 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 Umowę ubezpieczenia z klientami EURO-net Sp. z o.o.
- Niniejsze warunki ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące 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.
- Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na poniższe regulacje.
- Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w Artykule 2, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznych ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.
- 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 w innych dokumentach Ubezpieczyciela związanych z Umową ubezpieczenia nadaje się znaczenie określone poniżej:

- 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'Autorit  de Contr le Prudentiel (ACP), Banque de France, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, zajmująca się czynnościami obsługowymi w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 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.
- Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które nie ukończyły 18 roku życia, matka, ojciec Ubezpieczającego.
- Dokument ubezpieczenia (Polisa)** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.) prowadzona na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub udział wspólnika/partnera w spółce osobowej.
- 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.
- EURO-net Sp. z o.o./Agent** – 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 GĹOS E0003818WBW, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł; EURO – net Sp. z o.o. jest agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela.
- Kredyt** – umowa kredytu ratального zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. w celu Zakupu towaru.
- Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym w razie Nagłego zachorowania, Pobytu w szpitalu lub Czasowej niezdolności do pracy.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależnie 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 wyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku  ródmi  rgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chor  b i infekcji.
- Okres karencji** – okres, w trakcie którego wył  czona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela za Zdarzenia ubezpieczeniowe.
- Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, określony w Dokumentie ubezpieczenia (Polisa); z zastrzeżeniem Okresu karencji, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie ubezpieczenia.
- Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wsp  lnie gospodarstwo domowe, niebędąca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.
- Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.
- Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepis  w prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie, trwający nieprzerwanie przez okres nie kr  tszy ni   5 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala; Pobyt w szpitalu musi rozpocz  ć się w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

- Rachunki** – rachunki za media wystawione na adres miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, tj. za gaz, energię elektryczną, czynsz, Internet, telefon, olej opałowy.
- Rata** – miesięczna rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu, która została wskazana w Dokumentie ubezpieczenia (Polisa).
- 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.
- 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, jazda na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, jaskarstwo wysokogórskie, sporty walce, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, alpinizm, szermierka sporty obronne, speleologia, 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 surwiwalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asurakacyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi takimi jak: pustynia, g  ry powyżej 2500m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego.
- Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (tj. Dz.U. z 2018 poz. 1265 z późn. zm.), w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepis  w prawa polskiego, potwierdzony przez uprawniony organ.
- Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się regulowane prawem polskim:
  - Umowę o pracę lub Stosunek słuźbowy zawarte na czas nieokreślony,
  - Umowę o pracę lub Stosunek słuźbowy zawarte na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania Umowy o pracę lub data ustania Stosunku słuźbowego jest późniejsza niż data spłaty ostatniej Raty,
  - Działalność gospodarcza.
- Stosunek słuźbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, mianowania lub Sp  dzierzalcz  j umowy o pracę.
- Sp  dzierzalcz   umowa o pracę** – sp  dzierzalcz   umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo sp  dzierzalcz  e (tj. Dz.U. z 2018 poz. 1285 z późn. zm.).
- Suma ubezpieczenia/Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – g  rnia granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazana w Dokumentie ubezpieczenia (Polisie).
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia; przy czym w przypadku:
  - Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medycznej, Ubezpieczenia Spłaty Rachunk  w w razie Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Utraty pracy, Ubezpieczenia assistance zawodowej – Ubezpieczonym jest Ubezpieczający,
  - Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu, Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczenia assistance medycznego – w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina Ubezpieczonymi s   również Członkowie rodziny Ubezpieczającego.
- Ubezpieczyciel** – Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopotcie, 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.
- Uk  szenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza.
- Umowa ubezpieczenia** – umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie WU.
- 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.
- Utrata pracy** – utrata jedynego, stałego źródła dochodu w konsekwencji ustania Stosunku pracy, to jest: zakończenia 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.
- 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 wsp  lnika/partnera w spółce osobowej – likwidacja lub upadłość spółki osobowej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie dokument  w potwierdzających likwidację lub upadłość spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych.
- Zakup towaru** – zakup towar  w i usłuźg dokonany w punkcie sprzedaży EURO-net Sp. z o.o. stanowiącym cz  ść sieci handlowej pod mark   RTV EURO AGD.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jakim jest:

- Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- Ubezpieczeniu Pobytu w szpitalu – Pobyt w szpitalu,
- Ubezpieczeniu Czasowej niezdolności do pracy – Czasowa niezdolność do pracy,
- Ubezpieczeniu assistance medycznej – Pobyt w szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy, Nagłe zachorowanie, Uk  szenie przez kleszcza,
- Ubezpieczeniu Utraty pracy i Ubezpieczeniu assistance zawodowej – Utrata pracy,
- Ubezpieczeniu Spłaty Rachunk  w w razie Pobytu w szpitalu – Pobyt w szpitalu.

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

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariant  w:
  - Zdrowie,
  - Zdrowie, Praca, Rodzina.
- Początek i koniec Okresu ubezpieczenia wskazany jest w Dokumentie ubezpieczenia (Polisa).
- Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzane jest Dokumentem ubezpieczenia (Polisa).
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z g  ry 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 Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa naleźna 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 Dokumentie ubezpieczenia (Polisa).
- Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej naleźnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej lub za pomocą telefonu albo poczty elektronicznej w każdym czasie w Okresie ubezpieczenia.
- 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.
- W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającyemu przysługuje zwrot składki za każdy niewykorzystany dzień Okresu ubezpieczenia.
- 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 rozpoczęła się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
- 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 rozpoczęła się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
  - z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w Dokumentie ubezpieczenia (Polisa),
  - z chwil   śmierci Ubezpieczającego,
  - z dniem, w którym doręczona 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 Ubezpieczonego 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 ochron   ubezpieczeniową w powyższym zakresie począwszy od dnia następnego po dniu, w którym został zatrudniony na podstawie Stosunku pracy,
  - Spłatę Rachunk  w w razie Pobytu w szpitalu – Ubezpieczony obejmowany jest ochron   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,
  - 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.
- Udzielanie w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Utraty pracy, assistance zawodowy lub Spłatę Rachunk  w w razie Pobytu w szpitalu, uzależnione jest od spełnienia przez Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Sumę ubezpieczenia stanowi Saldo zadłużenia aktualne na dzień śmierci Ubezpieczonego.
- 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 Ubezpieczonego przysługujące w sytuacji zaistnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego jest, według następującej kolejności:
  - małżonek,
  - dzieci – w częściach równych w przypadku braku małżonka,
  - rodzice – w częściach równych w przypadku braku małżonka i dzieci,
  - spadkobiercy Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu wynosi 6 miesięcznych świadczeń ustalonych 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 Dokumentacji ubezpieczenia (Polisa).
- Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

#### Artykuł 7.

##### Ubezpieczenie Czasowej niezdolności do pracy

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Czasowa niezdolność do pracy przez Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego.
- 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.
- 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 Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

#### 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 Ubezpieczonego.
- Zwrot kosztów świadczeń medycznych określonych w art. 9 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.
- 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, maksymalnie 3 (trzech) wizyt w Okresie Ubezpieczenia,
    - 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 Ubezpieczonego, albo
      - wizyty Ubezpieczonego 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 dołowej 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 spłata Rachunków przedstawionych przez Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego.
- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia spłaty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

#### Artykuł 11.

##### Ubezpieczenie Utraty pracy

- Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego.
- 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 Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
- 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.
- 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 Ubezpieczonego.
- Warunkiem 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. 8.
- W razie Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztów następujących usług, realizowanych przez Centrum Alarmowe Assistance:
  - sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
    - Ubezpieczyciel pokrywa koszt świadczenia do kwoty 500 PLN;
    - Ubezpieczonemu przysługują 3 (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 2 (dwóch) godzin.
  - 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 (ośmiu) stron.
  - monitoring rynku pracy polegający na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkolających:
    - Ubezpieczyciel pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN.
- 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

- Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
  - 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,
  - powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
  - powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
  - powstałe na skutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
  - powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
  - powstałe na skutek uczestniczenia Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
  - powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
  - powstałe na skutek nawet jednokrotnego wykonywania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
  - 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.
- Za Pobyt w szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytu związanego z:
  - 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;
  - wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
- Za wykonanie usługi medycznej odpowiedzialności ponoszą wykonujący je lekarze specjaliści, zgodnie z przepisami prawa.
- 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.
- Dotatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w Ubezpieczeniu Utraty pracy oraz w Ubezpieczeniu assistance zawodowy wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - Utrata pracy nastąpiła w związku z wypowiedzeniem Umowy o pracę przez Ubezpieczonego,
  - Utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia Stosunku pracy zawartego na czas określony z powodu upływu terminu, na jaki została zawarta,
  - w związku z drugą i każdą następną Utratą pracy jeżeli nastąpiła ona na skutek rozwiązania Stosunku pracy z tym samym pracodawcą,
  - gdy rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło bez wypowiedzenia z winy pracownika.

**Artykuł 14.****Terminy i zasady wypłaty świadczeń**

- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 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.
- Bezporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w przysługującym, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
- 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 71 73. Opłata zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.
- W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Ubezpieczeniach Assistance medycznej, Assistance zawodowej, Ubezpieczeniach zobowiązany jest:
  - niewzłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu wskazanym w ust. 5,
  - podać dostępne informacje, niezbędne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń, to jest:
    - PESEL,
    - Numer Dokumentu ubezpieczenia (Polisy),
    - imię i nazwisko Ubezpieczającego lub Członka rodziny,
    - opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy,
    - miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,
    - telefon kontaktowy,
  - 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).
- Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
- W celu wypłaty świadczenia z tytułu Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
  - wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
  - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
  - na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 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:
  - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
  - kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez szpital zawierającą informacje o hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego albo Członka rodziny i przyczynach hospitalizacji,
  - w przypadku Ubezpieczenia sploty Rachunków w razie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego kopię Rachunków,
  - na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.
- W celu wypłaty świadczenia wnioskujący o wypłatę świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy, powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
  - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
  - kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy, trwającej minimum 7 nieprzerwanie następujących po sobie dni,
  - na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
  - dokument potwierdzający formę i czas zatrudnienia,
  - w przypadku Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt zakończenia,
  - potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydane przez właściwy urząd pracy,
  - 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),
  - świadcstwa pracy od ostatniego pracodawcy,
  - na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 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**

- 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 przysługują pierwszeosobowe roszczenia 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.
- 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.
- 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 przysługują zwrot składki ubezpieczeniowej.
- W razie niespełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków, wynikających z ust. 2, z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego i uniemożliwienia przez Ubezpieczyciela dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za Szkodę, Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych za Szkodę, jaką poniosł Ubezpieczyciel z tego tytułu.
- Zapisy, o których mowa w ust. 3, nie dotyczą Członków rodziny.

**Artykuł 16.****Forma i sposób doręczania dokumentów**

- 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.
- 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.
- Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

**Artykuł 17.****Reklamacje**

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, poszukujący ochrony ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub Agenta, Ubezpieczycielowi w następujący sposób:
  - poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
  - telefonicznie, pod numerem: (58) 558 71 73;
  - 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.
- Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
- Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
- W szczególności 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 Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
- W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
- Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl
- Reklamacja w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacja rozpatrywana są bezpośrednio przez tego Agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekazuje reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.

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

- Administrator danych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dalej również: „Administrator danych”). Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer telefonu: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
- Inspektor ochrony danych:** Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Adres email: iod@ergohestia.pl Formularz kontaktowy: znajduje się w sekcji OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH na stronie www.ergohestia.pl.

- Cele przetwarzania danych:** Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu zawarcia umowy, wykonanie umowy, dochodzenie roszczeń, reasekuracja ryzyka, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym, rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań, prawnie uzasadnione interesy administratora danych. Ponadto w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawierania umowy ubezpieczenia.
- Podstawy prawne przetwarzania danych:** Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, prawnie uzasadnione interesy administratora danych (możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia); wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości).
- Odbiorcy danych:** Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ubezpieczyciela, m.in. dostawcom usług IT, Centrum Alarmowe Assistance, podmiotom przetwarzającym dane w celu wykadencji należności, świadczenia usług archiwalizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym, zakładom reasekuracji, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych.
- Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:** Ma Pani/Pan następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: prawo do wycofania zgody, jeżeli zgoda stanowi podstawę przetwarzania danych osobowych (wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem), prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania), prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.
- Okres przez jaki dane osobowe będą przechowywane:** W przypadku gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane 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 (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia.
- Informacja o wymogu podania danych:** Podanie danych osobowych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest konieczne do zawarcia umowy ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia lub objęcie ochroną ubezpieczeniową.

**Artykuł 19. Postanowienia ogólne**

- Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
  - miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia,
  - miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 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.
- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU, właściwym jest prawo polskie.
- W przypadkach nieuregulowanych w niniejszych WU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
- Niniejsze WU obowiązują od dnia 1 października 2018 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o., jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela począwszy od tej daty.



Pełnomocnik Zarządu  
Mariusz Stoltmann

## INFORMACJE DOTYCZĄCE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Euro-net Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Muszkieterów 15, 02-273 Warszawa (dalej: EURO-net/agent), działa jako pośrednik ubezpieczeniowy w zakresie ubezpieczeń Raty pod ochroną i Pakiet Pomoc.

EURO-net jako agent ubezpieczeniowy działa na podstawie pełnomocnictwa na rzecz zakładów ubezpieczeń: Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce oraz Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A.

EURO-net jest wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego (dalej: KNF) pod numerem 11224879/A. Aktualne dane z rejestru agentów ubezpieczeniowych oraz dane kontaktowe do KNF udostępniane są pod adresem: [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl). Wniosek w formie elektronicznej składany za pośrednictwem strony internetowej powinien zapewniać identyfikację podmiotu występującego z wnioskiem. W godzinach pracy urzędu obsługującego KNF wnioskodawcy mogą osobiście uzyskać dostęp do informacji na wydzielonym stanowisku komputerowym. Wpis do rejestru można sprawdzić także podając dane EURO-net na stronie internetowej KNF pod adresem: [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/](https://au.knf.gov.pl/Au_online/).

EURO-net nie posiada akcji ani udziałów zakładów ubezpieczeń. Żaden zakład ubezpieczeń nie posiada udziałów EURO-net. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia EURO-net otrzymuje prowizję od zakładów ubezpieczeń, z którymi zostaje zawarta umowa ubezpieczenia za pośrednictwem EURO-net. Poza prowizją agentowi przysługuje budżet marketingowy na promocję oferowanych ubezpieczeń.

Reklamacje dotyczące działalności agenta można składać na adres EURO-net Sp. z o.o. Dział Ubezpieczeń PFS, ul. Krakowiaków 50, 02-255 Warszawa lub [ubezpieczenia@euro.com.pl](mailto:ubezpieczenia@euro.com.pl), jak również telefonując pod numer 855 855 855 bądź składając osobiście w placówkach – adresy dostępne na stronie [www.euro.com.pl](http://www.euro.com.pl). Spór między klientem a EURO-net może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a agentem jako podmiotem rynku finansowego, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Istnieje również możliwość złożenia skargi na działalność agenta do właściwych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.