



Warunki Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku Ochrony Środowiska S.A.

KOD: PGL-BOŚ 01/18

Informacja dotycząca zapisów Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku Ochrony Środowiska S.A. (KOD: PGL-BOŚ 01/18)

Rodzaj informacji	Numer zapisu i strona wzorca umowy
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 3, pkt 3, 6, 10, 13, 23, 24, § 2 ust. 2-9, § 7 ust. 1, § 10 ust. 3-5, § 11 ust. 1 i 3
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 3 pkt 8, 17, 21, 29, § 2 ust. 2 i 12, § 4 ust 2, § 7 ust. 2-3 § 8, § 9, § 10 ust. 1-2, 6-8, § 11 ust. 2 § 14, § 15

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia na życie dla Pożyczkobiorców Banku Ochrony Środowiska S.A. (kod: PGL-BOŚ 01/18), zwanych dalej również „WU” lub „Warunki Ubezpieczenia”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy Ubezpieczenia z Pożyczkobiorcami Banku Ochrony Środowiska S.A.
2. **Niniejsze Warunki Ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początek i zakończenie, w tym odstąpienie, wypowiedzenie i rezygnację z Ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość Świadczeń z Umowy Ubezpieczenia oraz zasady wypłaty tych Świadczeń, ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności i obowiązki Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zasady składania i rozpatrywania reklamacji.**

Informacja dla Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o przetwarzaniu przez Ubezpieczyciela ich danych osobowych zawarta jest w §17 Warunków Ubezpieczenia.

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na ww. regulacje.

Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w ust. 3, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego znaczenia wykorzystywanych tam sformułowań. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.

3. Terminom użytym w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Bank** - Bank Ochrony Środowiska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Żelazna 32, 00-832 Warszawa, Bank jest agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela;
 - 2) **Beneficjent** - osoba lub podmiot wskazane przez Ubezpieczonego, którym wypłacane jest Świadczenie w razie zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) **Czasowa Niezdolność do Pracy** - Zdarzenie Ubezpieczeniowe polegające na Okresowej Niezdolności do Pracy lub Pobycie w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, za wyjątkiem przypadków wskazanych w wyłączeniach odpowiedzialności, przy czym za:
 - a) Okresową Niezdolność do Pracy - uznaje się niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów polskiego prawa pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego,
 - b) Pobyt w szpitalu - uznaje się Pobyt w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, trwający nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 30 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, pobyt w szpitalu musi rozpocząć się w trakcie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 4) **Działalność Gospodarcza** - działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.), i do której ma zastosowanie ta ustawa, prowadzona przez osobę fizyczną indywidualnie na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (tzw. samozatrudnienie) lub w formie spółki osobowej, (udział wspólnika/partnera w spółce osobowej);
 - 5) **Harmonogram Spłat Pożyczki** - dokument określający terminy płatności Rat przewidzianych umową Pożyczki, wysokości tych Rat i wysokość Zadłużenia Pożyczkobiorcy w ramach umowy Pożyczki po spłacie każdej z Rat;
 - 6) **Inwalidztwo** - Zdarzenie Ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, za wyjątkiem przypadków wskazanych w wyłączeniach odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o których mowa w § 14-15 niniejszych WU;
uznaje się, że zdarzenie to wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wystąpił w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia,
 - b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia lub data powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy przypadła w Okresie Ubezpieczenia (w przypadku gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia);za dzień wystąpienia Inwalidztwa uznaje się:
 - a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku - datę zajścia Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Trwałego Uszczerbku,

- b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - datę wydania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenia określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub datę powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (w przypadku gdy zgodnie z orzeczeniem Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy powstała przed datą wydania orzeczenia);
- 7) **Karencja** - okres ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany przy wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 2 ust. 12 niniejszych WU;
- 8) **Kontrakt Menedżerski** - umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest osobiste zarządzanie przedsiębiorstwem lub jego częścią, na rachunek i ryzyko przedsiębiorcy, za wynagrodzeniem zawarta na czas nieokreślony lub określony;
- 9) **Kwota Pożyczki** - kwota udzielonej Pożyczki wskazana w umowie Pożyczki w dniu zawarcia umowy Pożyczki (ostateczna kwota udzielonej Pożyczki obniżona o koszty prowizji kredytowej Banku oraz składki ubezpieczeniowej); Kwota Pożyczki w rozumieniu niniejszych WU nie uwzględnia aneksów do umowy Pożyczki, zmieniających wysokość udzielonej Pożyczki;
- 10) **Nieszczęśliwy Wypadek** - zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 11) **Okres Ubezpieczenia** - okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej określony w Polisie; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia;
- 12) **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
- 13) **Poważne Zachorowanie** - co najmniej jedno z wymienionych poniżej zdarzeń, dotyczących zdrowia Ubezpieczonego, o ile wystąpiło po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w § 14-15 niniejszych WU:
- 1) zawał mięśnia sercowego - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem co najmniej trzech z wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
 - c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
 - d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosząca mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia);
 - 2) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass) - dokonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przezskórnej;
 - 3) udar mózgu - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwający dłużej niż 24 godziny i obejmujący:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym;wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg wskazany w niniejszym zdaniu nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu);
 - 4) nowotwór złośliwy - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia HIV;
 - 5) niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;
 - 6) przeszczep narządu - leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;

- 14) **Pożyczka** - pożyczka gotówkowa udzielona przez Bank na podstawie umowy pożyczki; określająca wysokość oraz warunki spłaty Pożyczki;
- 15) **Pożyczkobiorca** - osoba fizyczna, której Bank udzielił Pożyczki na podstawie umowy Pożyczki;
- 16) **Rata** - rata kapitałowo-odsetkowa Pożyczki wynikająca z Harmonogramu Spłat Pożyczki;
- 17) **Saldo Zadłużenia** - kwota równa kapitałowi Pożyczki pozostającemu do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 18) **Stosunek Pracy** - Umowa o Pracę lub Stosunek Służbowy lub Spółdzielcza Umowa o Pracę lub Kontrakt Menedżerski;
- 19) **Stosunek Służbowy** - stosunek zatrudnienia na podstawie powołania, wyboru, mianowania; uregulowane przepisami prawa polskiego;
- 20) **Spółdzielcza Umowa o Pracę** - spółdzielcza umowa o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze (t.j. Dz.U. z 2018.poz. 1285 ze zm.);
- 21) **Suma Ubezpieczenia** - kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, stanowiąca jednocześnie w przypadku Świadczenia z tytułu zgonu i Inwalidztwa podstawę ustalenia wysokości Świadczenia; Suma Ubezpieczenia obowiązuje dla określonej Umowy Ubezpieczenia. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia więcej niż jednego Ubezpieczonego Suma Ubezpieczeniowa dzieli się pomiędzy poszczególnych Ubezpieczonych według Udziału Procentowego wskazanego w § 1 ust. 3 pkt 29);
- 22) **Świadczenie** - suma pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub innemu Uprawnionemu w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU;
- 23) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, zarówno w dniu potwierdzenia istnienia tej niezdolności jak i przewidywalnej przyszłości, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; niezdolność do pracy musi być dodatkowo stwierdzona orzeczeniem organu rentowego (ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie) i ustalana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu określonego powyżej; Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę Świadczenia od wyników badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela potwierdzających całkowitą, trwałą i nieodwracalny charakter niezdolności do pracy; koszty badań zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel;
- 24) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** - powstała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku:
 - a) całkowita fizyczna utrata albo całkowita i trwała utrata władzy nad kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem piąty),
 - b) całkowita fizyczna utrata kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - c) całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu;
 Trwały Uszczerbek na Zdrowiu stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej, zaś za dzień wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przyjmuje się datę zajścia Nieszczęśliwego Wypadku;
- 25) **Ubezpieczający** - Pożyczkobiorca, który zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym;
- 26) **Ubezpieczenie** - ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych WU, w razie zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wskazanych w § 2 ust. 2, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 14-15;
- 27) **Ubezpieczony** - Pożyczkobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł;
- 29) **Udział Procentowy** - wyrażony w procentach limit Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia przypadający na każdego z Ubezpieczonych objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w związku z jedną Umową Ubezpieczenia i jest równy:
 - a) 100% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objęty jest ochroną ubezpieczeniową jeden Ubezpieczony,
 - b) 50% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych jest ochroną ubezpieczeniową dwóch Ubezpieczonych,
 - c) 33,3% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych jest ochroną ubezpieczeniową trzech Ubezpieczonych,
 - d) 25% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych ochroną ubezpieczeniową jest czterech Ubezpieczonych;
- 30) **Umowa o pracę** - Umowa o Pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz.U.2018r poz. 917 ze zm.) lub Kontrakt Menedżerski uregulowany przepisami prawa polskiego;

- 31) **Umowa Ubezpieczenia** - umowa indywidualnego Ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych WU; Umowa Ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych WU, co znajdzie potwierdzenie w Polisie;
- 32) **Uprawniony** - Ubezpieczony lub inna niż Ubezpieczony osoba, której przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzeń Ubezpieczeniowych innych niż zgon Ubezpieczonego;
- 33) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jakim jest: zgon, Poważne Zachorowanie, Inwalidztwo, Czasowa Niezdolność do Pracy;
- 34) **Zdolny do Pracy** - osoba zdolna do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej (oraz jednocześnie nieposiadający prawa do emerytury).

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

WARUNKI OBJĘCIA POŻYCZKOBORCÓW OKREŚLONYM ZAKRESEM UBEZPIECZENIA. ROZPOCZĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2

1. Przedmiotem Ubezpieczenia, w zakresie określonym w dalszej części niniejszych Warunków Ubezpieczenia, jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem Ubezpieczenia objęte są następujące Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego:
 - 1) zgon,
 - 2) Poważne Zachorowanie,
 - 3) Inwalidztwo,
 - 4) Czasowa Niezdolność do Pracy.
3. Ubezpieczony Zdolny do Pracy obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (oprócz ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wskazanym w ust. 9 poniżej).
4. Ubezpieczony inny niż wskazany w ust. 3 obejmowany jest ochroną z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (oprócz ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wskazanym w ust. 9 poniżej).
5. Ubezpieczony Zdolny do Pracy i jednocześnie zatrudniony na podstawie Stosunku Pracy lub Prowadzący Działalność Gospodarczą (oraz jednocześnie nieposiadający prawa do emerytury) objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy (oprócz ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wskazanym w ust. 9 poniżej).
6. Ubezpieczony posiadający prawo do emerytury lub mający ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego oraz nie uzyskujący dochodów ze źródeł wskazanych w ust. 5 powyżej objęty jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobytku Ubezpieczonego w szpitalu.
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Inwalidztwa, udzielanej w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 3-4 powyżej w dacie wystąpienia Inwalidztwa.
8. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, udzielanej w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 5-6 powyżej w dacie wystąpienia Czasowej Niezdolności do Pracy.
9. Każdy Ubezpieczony, niezależnie od spełnienia przesłanek zawartych w ust. 3-6 powyżej, przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej objęty jest ochroną z tytułu zgonu i Poważnego Zachorowania.
10. Okres Ubezpieczenia wskazany jest w Polisie.
11. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu następnym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż z dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 12 poniżej, co zostało uwzględnione w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.
12. W okresie 90 dni następujących po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w odniesieniu do Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania oraz Czasowej Niezdolności do Pracy, polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy (Karencja) chyba, że Czasowa Niezdolność do Pracy polegająca na Okresowej Niezdolności do Pracy zaistniała na skutek Niez szczęśliwego Wypadku.
13. Nieuruchomienie Pożyczki (brak wypłaty środków określonych w umowie Pożyczki) lub odstąpienie od umowy Pożyczki jest równoznaczne z odstąpieniem przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a opłacona składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA. REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o Ubezpieczenie, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia potwierdzonej Polisą.
2. **Ubezpieczeniem może zostać objęty Pożyczkobiorca, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia spełnia wszystkie warunki określone poniżej:**
 - 1) **udzielono mu Pożyczki na Okres nie dłuższy niż 120 miesięcy,**
 - 2) **suma początkowych kwot pożyczek z tytułu dotychczasowych umów Pożyczki (w związku z którymi Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową) oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy Pożyczki nie przekracza 150.000 zł (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych),**
 - 3) **posiada pełną zdolność do czynności prawnych,**
 - 4) **ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**
3. We wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczyciel zapytuje Pożyczkobiorcę o jego stan zdrowia, odbierając stosowne oświadczenie w tym przedmiocie. Pożyczkobiorca zobowiązany jest zgodnie z prawdą podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku, formularzach i w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel może odmówić przyjęcia Pożyczkobiorcy do Ubezpieczenia lub w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zażądać wypełnienia przez Pożyczkobiorcę kwestionariusza medycznego oraz dodatkowo przeprowadzenia badań lekarskich w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela i na koszt Ubezpieczyciela. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może odmówić objęcia albo wyrazić zgodę na objęcie Ubezpieczeniem, przy czym w przypadku zgody Ubezpieczyciela może on zaproponować objęcie ubezpieczeniem na warunkach odbiegających od określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia.
5. ERGO Hestia jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy z dnia 1.03.2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu (dalej: „ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu”) może w celu wykonania obowiązków instytucji obowiązanej i stosowania środków bezpieczeństwa finansowego żądać przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.
6. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w formie pisemnej w terminie 30 dni a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w formie pisemnej w każdym czasie trwania Okresu Ubezpieczenia.
8. Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia w formie pisemnej w każdym czasie trwania Okresu Ubezpieczenia.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ WIĘCEJ NIŻ JEDNEGO POŻYCZKOBIORCY

§ 4

1. W przypadku objęcia Ubezpieczeniem nie więcej niż czterech Pożyczkobiorców jeden z nich jest Ubezpieczającym (i jednocześnie Ubezpieczonym), a pozostali Pożyczkobiorcy wyłącznie Ubezpieczonymi w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia. Powyższe znajduje potwierdzenie w Polisie. Dla objęcia ochroną ubezpieczeniową Pożyczkobiorcy, który nie jest Ubezpieczającym, wymagana jest pisemna zgoda tego Pożyczkobiorcy składana na Polisie.
2. W przypadku kiedy w związku z umową Pożyczki Ubezpieczeniem obejmowany jest więcej niż jeden Pożyczkobiorca:
 - 1) Suma Ubezpieczenia oraz wysokość Świadczenia należnego z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego ulegają podziałowi pomiędzy Ubezpieczonych, z zastosowaniem przypadającego na nich Udziału Procentowego, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 29);
 - 2) łączna kwota Świadczeń miesięcznych z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 12 Ratom Pożyczki (bez względu na liczbę Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych w Okresie Ubezpieczenia oraz ilość Ubezpieczonych); przy czym miesięczne Świadczenie nie może być wyższe niż 4.000 zł (słownie: cztery tysiące złotych);
 - 3) do ustalenia jednorazowego Świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobyciu w szpitalu określonym w § 11 ust. 1 nie znajdzie zastosowania Udział Procentowy zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 29) powyżej;

- 4) zakończenie odpowiedzialności z tytułu zgonu, Inwalidztwa polegającego na Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Inwalidztwa polegającego na Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu względem jednego Ubezpieczonego w sytuacji wskazanej w § 5 ust. 1, nie powoduje zakończenia odpowiedzialności względem pozostałych Ubezpieczonych z tytułu zgonu, Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Inwalidztwa polegającego na Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu.
3. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem tej Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych z tej samej Pożyczki.
4. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Pożyczkobiorców z tej samej Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia w formie pisemnej w każdym czasie.
5. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia wskazano więcej niż jednego Ubezpieczonego, śmierć jednego z nich, nie powoduje rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, a żyjący Ubezpieczeni wstępują w prawa zmarłego Ubezpieczającego. Żyjącym Ubezpieczonym, o którym mowa w zdaniu poprzednim przysługuje wówczas Udział Procentowy w Sumie Ubezpieczenia i Świadczeniu wskazany odpowiednio w § 1 ust. 3 pkt 29).

ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5

1. Z zastrzeżeniem § 4 WU ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - 1) z dniem zgonu Ubezpieczonego, z zachowaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zgon Ubezpieczonego, z tym zastrzeżeniem, że zgon jednego z Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki (w przypadku kiedy nie wypłacono Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu) nie skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia, w takiej sytuacji stosuje się § 4 ust. 4,
 - 2) z tytułu Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy, w zależności od tego, które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) - b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
 - a) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - b) z dniem nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
 - 3) z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy, w zależności od tego, które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) - b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
 - a) z dniem wyczerpania limitu odpowiedzialności określonego w § 8 ust. 1,
 - b) z dniem nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
 - 4) z tytułu Inwalidztwa polegającej na Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu - z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalonego na poziomie 100% (zgodnie z § 10 ust. 4-6),
 - 5) z tytułu Poważnego Zachorowania - z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania,
 - 6) w odniesieniu do ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobytku Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Niez szczęśliwego Wypadku - z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu,
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych objętych Umową Ubezpieczenia:
 - 1) z ostatnim dniem Okresu Ubezpieczenia wskazanym w Polisie,
 - 2) z dniem rozwiązania umowy Pożyczki, na skutek wypowiedzenia tej umowy przez Bank lub przez Pożyczkobiorcę,
 - 3) z dniem wygaśnięcia umowy Pożyczki, na skutek całkowitej, wcześniejszej spłaty Pożyczki,
 - 4) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia lub pisemne oświadczenie Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym o rezygnacji z Ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy ERGO Hestia jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu nie może zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego określonych w tej ustawie, rozwiązuje stosunki gospodarcze (Umowę Ubezpieczenia).
4. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z zapisami w ust. 2 pkt 2) - 4), Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki ubezpieczeniowej dokonywany jest za pośrednictwem Banku jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6

1. Wysokość jednorazowej składki ubezpieczeniowej, niezależnie od liczby Pożyczkobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy Pożyczki, należnej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, uzależniona jest od Kwoty Pożyczki (ostateczna kwota udzielonej Pożyczki obniżona o koszty prowizji kredytowej Banku oraz składki ubezpieczeniowej), liczby Rat oraz aktualnie obowiązującej stawki za Ubezpieczenie. W przypadku dwóch lub więcej Pożyczkobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną umową Pożyczki składka z tytułu obejmowania ochroną ubezpieczeniową jednego z nich równa jest składce wyliczonej zgodnie ze zdaniem pierwszym, podzielonej przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z daną umową Pożyczki.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej opłacana jest przez Ubezpieczającego.
3. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za cały Okres Ubezpieczenia nie później niż w dacie uruchomienia Pożyczki. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem przekazania jej Bankowi, jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela.
4. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed datą końca Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu, przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Całkowite wykorzystanie Sumy Ubezpieczenia jest równoznaczne z wykorzystaniem okresu ochrony ubezpieczeniowej.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 7

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego oraz Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego wysokość Sumy Ubezpieczenia równa jest wysokości Salda Zadłużenia wynikającego z aktualnego na dzień Zdarzenia Ubezpieczeniowego Harmonogramu Spłat Pożyczki powiększonej o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej umową Pożyczki stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz za okres od dnia następnego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak łącznie nie dłuższy niż 90 dni,
 - 2) odsetki karne od przeterminowanej kwoty kapitału za okres od daty zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak w kwocie nie większej niż 5% kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca Beneficjentowi jednorazowo Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wysokości limitu odpowiedzialności, o którym mowa w ust 1, aktualnego na dzień zgonu.
3. Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu Świadczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy w wysokości limitu odpowiedzialności, o którym mowa w ust 1, aktualnego na dzień orzeczenia w stosunku do Ubezpieczonego Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

§ 8

1. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy limit odpowiedzialności stanowi 12 miesięcznych Rat naliczanych zgodnie z aktualnym na dzień Zdarzenia Ubezpieczeniowego Harmonogramem Spłat Pożyczki. Limit odpowiedzialności nie obejmuje odsetek od należności przeterminowanych ani kosztów związanych z obsługą i windykacją kwoty zadłużenia.
2. Świadczenie wypłacane jest miesięcznie w wysokości odpowiadającej kwocie każdej kolejnej miesięcznej Raty, której termin wymagalności przypada w okresie objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Okresowej Niezdolności do Pracy, ale nie wcześniej niż po 30 dniu od rozpoczęcia okresu nieprzerwanej Okresowej Niezdolności do Pracy.
3. Świadczenie miesięczne z tytułu Okresowej Niezdolności do Pracy nie może być wyższe niż 4.000 zł (słownie: cztery tysiące złotych).
4. Łączna wysokość Świadczeń z tytułu Okresowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie może przekroczyć limitu odpowiedzialności wskazanego w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem § 4.

§ 9

1. W przypadku Poważnego Zachorowania limit odpowiedzialności stanowi 50% Sumy Ubezpieczenia w dniu wystąpienia (zdiagnozowania) Poważnego Zachorowania.
2. Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania w wysokości limitu odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej.

§ 10

1. W przypadku Inwalidztwa polegającego na Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu limit odpowiedzialności stanowi Saldo Zadłużenia wynikające z Harmonogramu Spłat obowiązującego w dniu wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uprawnionemu (z zachowaniem pozostałych zasad opisanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia) Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego na Trwałym Uszczerbku w wysokości określonego w ust. 4 procentu limitu odpowiedzialności, o której mowa w ust. 1, aktualnej na dzień, w którym nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Uszczerbku.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli Trwałe Inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku (będącego przyczyną Trwałego Inwalidztwa).
4. W przypadku wystąpienia Trwałego Uszczerbku, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu procent limitu odpowiedzialności odpowiadającemu procentowi Trwałego Inwalidztwa przypisanemu poniżej do danego zdarzenia:

Procent trwałego inwalidztwa

		Procent trwałego inwalidztwa
1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	
a)	kończyną górną - w stawie barkowym	70%
b)	kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
c)	kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
d)	kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
e)	kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
g)	kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%
h)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata:	
a)	kciuka	15%
b)	palca wskazującego	10%
c)	innego palca u ręki	5%
d)	palucha	5%
e)	innego palca u stopy	2%
3)	Całkowita utrata:	
a)	wzroku w obu oczach	100%
b)	wzroku w jednym oku	50%
c)	słuchu w obu uszach	60%
d)	słuchu w jednym uchu	30%
e)	węchu	10%

5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego, będący następstwem jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, zaistniał w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu Świadczenia równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych, zgodnie z ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 6-8.
6. Suma wskazań procentowych, określonych w ust. 4, będących podstawą do wypłacenia Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w całym okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową nie może przekroczyć 100%.
7. W przypadku wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyliczone w oparciu o najwyższe ze wskazań procentowych określonych w ust. 4, które dotyczą tego narządu.

8. Jeśli roszczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dotyczy narządu Ubezpieczonego, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone Świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 4 procent limitu odpowiedzialności, pomniejszony o procent Świadczenia wcześniej wypłaconego.

§ 11

1. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobytku Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe Świadczenie w wysokości jednej Raty przypadającej po 30 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Jednorazowe Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie może być wyższe niż 4.000 zł (słownie: cztery tysiące złotych).
3. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Pobytu w szpitalu.

UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 12

1. Świadczenia z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wypłacane są Uprawnionemu lub Beneficjentowi.
2. Powiadomienie Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonego, o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub powzięcia wiadomości o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: (58) 558 70 59.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób przez niego wskazanych Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie przysługuje lub wszystkie te osoby zmarły przed zgonem Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób Świadczenie przysługuje następującym osobom w kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach w przypadku braku małżonka,
 - 3) rodzicom - w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci,
 - 4) spadkobiercom Ubezpieczonego, innym niż wskazani w pkt 1-3 powyżej w równych częściach.
4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
 - 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
 - 4) informacja o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego według stanu na koniec dnia zgonu Ubezpieczonego, przygotowana przez Bank,
 - 5) informacja o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego według stanu na dzień zatwierdzenia Świadczenia do wypłaty,
 - 6) Harmonogram Spłat Pożyczki.
5. W przypadku Poważnego Zachorowania w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania u Ubezpieczonego,
 - 3) Harmonogram Spłat Pożyczki,
 - 4) informacja o Saldzie Zadłużenia w dacie wystąpienia Poważnego Zachorowania.
6. W przypadku Inwalidztwa polegającego na Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) orzeczenie lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - 3) Harmonogram Spłat Pożyczki,
 - 4) informacja o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego według stanu na koniec dnia wystąpienia Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, przygotowana przez Bank.
7. W przypadku Inwalidztwa polegającego na Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) Harmonogram Spłat Pożyczki,

- 3) dokumentacja medyczna dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 5) informacja o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego według stanu na koniec dnia, w którym wystąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, przygotowana przez Bank.
8. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobytku w szpitalu w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) Harmonogram Spłat Pożyczki,
 - 3) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) dokumentacja medyczna dotycząca pobytu w szpitalu, w tym karta wypisu ze szpitala.
9. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Okresowej Niezdolności do Pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Banku),
 - 2) kopia zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza, potwierdzającego niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu niezdolności do pracy polegającej na Czasowej Niezdolności do Pracy,
 - 3) Harmonogram Spłat Pożyczki.
10. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 4-9 powyżej, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia (np. dodatkowej dokumentacji medycznej, kopii Umowy Pożyczki).
11. ERGO Hestia jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu nie później niż w momencie wypłaty świadczenia, stosuje wobec osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia środki bezpieczeństwa finansowego polegające na identyfikacji i weryfikacji ich tożsamości - w tym celu może zażądać przedstawienia dodatkowych dokumentów.
12. W przypadku, gdy ERGO Hestia jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu nie może zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego określonych w tej ustawie, nie przeprowadza transakcji za pośrednictwem rachunku bankowego. O dokumentach, o których mowa w ust. 4-11 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

§ 13

1. Beneficjenta uprawnionego do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskazuje Ubezpieczony.
2. Świadczenie nie może zostać wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazałoby się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 3, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
5. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
6. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 5, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z Umowy Ubezpieczenia.
7. Wypłata Świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
8. Świadczenie należne Uprawnionemu, Beneficjentowi lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku Ubezpieczonego, Beneficjenta lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia pełną należną kwotą Świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 14

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 3 ust. 3-4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do Zdarzenia Ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

§ 15

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 2-4, jeżeli dane Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - 2) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu;
 - 3) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem samolotu linii lotniczych nie posiadających licencji;
 - 4) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie;
 - 5) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) umyślnego samookaleczenia ciała lub próby samobójczej;
 - 7) choroby AIDS lub zarażenia HIV bądź pochodnymi rozpoznanych u Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 8) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, jeżeli takie uprawnienia są prawnie wymagane, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 9) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, jeżeli były wykonane przez osoby nie posiadające do ich wykonywania wymaganych uprawnień i zezwoleń.
3. Dodatkowo odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy polegającej na Pobycie w szpitalu nie obejmuje również pobytów:
 - 1) w szpitalu rehabilitacyjnym, domu opieki, domu pomocy społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum onkologicznym, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodka rekonwalescencyjnym, uzdrowiskowym, sanatoryjnym, ośrodka wypoczynkowym oraz w szpitalu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) z powodu zaburzeń psychicznych lub chorób wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, które zostały wpisane w karcie leczenia szpitalnego przez lekarza prowadzącego jako rozpoznana choroba zasadnicza, choroba współistniejąca lub powikłanie.
4. Dodatkowo Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialność tytułu Inwalidztwa lub Czasowej niezdolności do pracy, jeżeli wydanie przez organ rentowy decyzji o uznaniu Ubezpieczonego za trwałe i całkowicie niezdolnego do pracy lub przez uprawnionego lekarza decyzji o uznaniu go za okresowo niezdolnego do pracy pozostaje w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z chorobą zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (F00-F99) lub schorzenie wynikające z uzależnienia od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych.

ZASADY SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

§ 16

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Beneficjent lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez (Ubezpieczyciela) ERGO Hestię
 - 1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
 - poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
 - telefonicznie, pod numerem: 58 558 70 59;
 - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
 - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
 - 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
 - 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
 - 5) W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
 - 6) Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez Agentów-Bank, który działa w imieniu lub na rzecz (Ubezpieczyciela) ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego Agentów. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.
4. Klient ma prawo do składania reklamacji na usługi świadczone przez Agentów-Bank u tego Agentów:
 - pisemnie drogą pocztową,
 - osobiście,
 - ustnie,
 - w formie elektronicznej.

Ubezpieczony w przypadku nieuwzględnienia jego roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego: a/o rozpatrzenie sprawy lub b/o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>

INFORMACJA DLA UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO O PRZETWARZANIU PRZEZ UBEZPIECZYCIELA ICH DANYCH OSOBOWYCH ORAZ O PRAWACH UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO PRZYSŁUGUJĄCYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

§ 17

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dalej również: „Ubezpieczyciel”).

Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer telefonu: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.

2. Inspektor ochrony danych:

Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można 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.

3. Cele przetwarzania danych:

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonanie Umowy Ubezpieczenia, dochodzenie roszczeń, reasekuracja ryzyk, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym, rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań, wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy z dnia 01.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).

W celu oceny ryzyka lub objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie, biorąc pod uwagę Pani/Pana dane dotyczące daty urodzenia. Na podstawie takiego profilu decyzje nie będą podejmowane w sposób automatyczny.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania Umowy Ubezpieczenia, objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy lub objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową; 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 lub objęciem ochroną ubezpieczeniową); wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).

5. Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń ubezpieczeniowych, organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub postępowaniem likwidacyjnym roszczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym), zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody m.in. podmiotom trzecim w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

6. Przekazywane danych poza Europejski Obszar Gospodarczy:

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

7. 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.

8. Okres przez jaki dane osobowe będą przechowywane:

W przypadku gdy doszło do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących Umowy Ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Jeśli nie doszło do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.

9. Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub objęciem ochroną ubezpieczeniową jest konieczne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy Ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego - bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich Świadczeń dokonywane są w złotych polskich.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polskiej lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z Umowy Ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 19

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. Oświadczenia Ubezpieczonych i innych osób uprawnionych z Umowy Ubezpieczenia składane na piśmie lub na innym trwałym nośniku w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia Bankowi (jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela) uznawane będą za złożone Ubezpieczycielowi.
2. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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.

§ 20

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem Świadczenia nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opodatkowanie świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia regulują przepisy
 - 1) w przypadku osób fizycznych - art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1509 z późn. zm.),
 - 2) w przypadku osób prawnych - art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2018r. poz. 1036 z późn. zm.).Nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytułem spadku, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2018r. poz. 644 z późn. zm.), podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 tej ustawy, z zastrzeżeniem postanowień art. 4a tej ustawy oraz art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.
3. Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2018. Poz. 999 ze zm.), ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2018, poz. 1025 ze zm.).
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta w języku polskim. Językiem stosowanym w relacjach Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonych jest język polski. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczone jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl.
4. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia Ubezpieczyciela.

§ 22

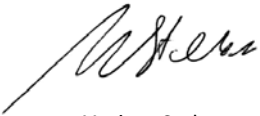
1. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
 - 1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) miejsca 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 rozpatrzone 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 na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczony lub inny uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.

§ 23

Niniejsze WU obowiązują od dnia 1 października 2018 roku i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem Banku, jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela, począwszy od tej daty.

Pełnomocnik Zarządu



Mariusz Stoltmann