

**WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA
POŻYCZKOBIORCÓW/KREDYTOBIORCÓW
BANKU OCHRONY ŚRODOWISKA S.A.**

(KOD: PGL-BOŚ 02/21)

Informacja dotycząca zapisów Warunków Ubezpieczenia na Życie
dla Pożyczkobiorców/Kredytobiorców Banku Ochrony Środowiska S.A.
(kod: PGL-BOŚ 02/21)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 3, pkt 3, 6, 9, 12, 24, 25, § 2 ust. 2-9, § 7 ust. 1, § 8 ust. 1-2, § 9 ust. 2, § 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 3, 6, 9, 12, 18, 22, 24, 25, 30 § 2 ust. 2, 11 i 12 , § 4 ust. 2, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 1-3, 6-8, § 11 ust. 2, § 12 ust. 3 i 13, § 13 ust. 2, § 14, §1 5

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia na życie dla Pożyczkobiorców/Kredytobiorców Banku Ochrony Środowiska S.A. (kod: PGL-BOŚ 02/21), zwanych dalej „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/Kredytobiorcami 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 z dnia 6 marca 2018r. prawo przedsiębiorców, 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/Kredytu** – dokument określający terminy płatności Rat przewidzianych umową Pożyczki/Kredytu, wysokości tych Rat i wysokość Zadłużenia Pożyczkobiorcy/Kredytobiorcy w ramach umowy Pożyczki/Kredytu 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 zostało wydane przez lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia lub dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub zdiagnozowania choroby, które spowodowały powstanie takiej niezdolności do pracy przypadła w Okresie Ubezpieczenia (w przypadku gdy 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 powołanego przez ERGO Hestię orzeczenia określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub datę zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub zdiagnozowania choroby, które spowodowały powstanie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy powstała przed datą wydania orzeczenia)
- 7) **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;
 - 8) **Kwota Pożyczki/Kredytu** – kwota udzielonej Pożyczki/Kredytu wskazana w umowie Pożyczki/Kredytu w dniu zawarcia umowy Pożyczki/Kredytu (ostateczna kwota udzielonej Pożyczki/Kredytu obniżona o koszty prowizji kredytowej Banku oraz składki ubezpieczeniowej); Kwota Pożyczki/Kredytu w rozumieniu niniejszych WU nie uwzględnia aneksów do umowy Pożyczki/Kredytu, zmieniających wysokość udzielonej Pożyczki/Kredytu;
 - 9) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
 - 10) **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej określony w Polisie; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia;
 - 11) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
 - 12) **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;
- 13) **Pożyczka** – pożyczka gotówkowa udzielona przez Bank na podstawie umowy pożyczki; określająca wysokość oraz warunki spłaty Pożyczki;
- 14) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, której Bank udzielił Pożyczki na podstawie umowy Pożyczki;
- 15) **Kredyt** – kredyt udzielony przez Bank na podstawie umowy kredytu, określającej wysokość i warunki spłaty Kredytu;
- 16) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Bank udzielił Kredytu na podstawie umowy Kredytu;
- 17) **Rata** – rata kapitałowo-odsetkowa Pożyczki/Kredytu wynikająca z Harmonogramu Spłat Pożyczki/Kredytu;
- 18) **Saldo Zadłużenia** – kwota równa kapitałowi Pożyczki/Kredytu pozostającemu do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 19) **Stosunek Pracy** – Umowa o Pracę lub Stosunek Służbowy lub Spółdzielcza Umowa o Pracę lub Kontrakt Menedżerski;
- 20) **Stosunek Służbowy** – stosunek zatrudnienia na podstawie powołania, wyboru, mianowania; uregulowane przepisami prawa polskiego;
- 21) **Spółdzielcza Umowa o Pracę** – spółdzielcza umowa o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze ;
- 22) **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 30);
- 23) **Świadczenie** – suma pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub innemu Uprawnionemu w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU;
- 24) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub pracy w jakimkolwiek zawodzie nawet po przekwalifikowaniu, spowodowana pogorszeniem się stanu zdrowia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub choroby, która:
 - a) rozpoczęła się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i trwa co najmniej 12 miesięcy, i
 - b) zgodnie z orzeczeniem lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię będzie utrzymywać się w przewidywanej przyszłości, a Ubezpieczony zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się:

 - a) stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji,
 - b) dotychczasowy przebieg leczenia (do dnia podjęcia decyzji przez lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię),
 - c) ocenę możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub pracy w jakimkolwiek zawodzie.

Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy brana jest również pod uwagę treść decyzji organu rentowego dotycząca uznania Ubezpieczonego za osobę całkowicie niezdolną do pracy lub osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji, jeśli taka decyzja została przedstawiona przez Ubezpieczonego.

Za dzień powstania niezdolności do pracy uważa się datę wydania przez lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię orzeczenia określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub zdiagnozowania choroby, które spowodowały powstanie takiej niezdolności (w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy powstała przed datą wydania orzeczenia).
- 25) **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 pięty),
 - 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;
- 26) **Ubezpieczający** – Pożyczkobiorca/Kredytobiorca, który zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym;
- 27) **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;
- 28) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca/Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 29) **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, posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych;
- 30) **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:
- 100% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objęty jest ochroną ubezpieczeniową jeden Ubezpieczony,
 - 50% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych jest ochroną ubezpieczeniową dwóch Ubezpieczonych,
 - 33,3% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych jest ochroną ubezpieczeniową trzech Ubezpieczonych,
 - 25% Świadczenia i Sumy Ubezpieczenia, gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych jest ochroną ubezpieczeniową jest czterech Ubezpieczonych;
- 31) **Umowa o pracę** – Umowa o Pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy lub Kontrakt Menedżerski uregulowany przepisami prawa polskiego;
- 32) **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;
- 33) **Uprawniony** – Ubezpieczony lub inna niż Ubezpieczony osoba, której przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzeń Ubezpieczeniowych innych niż zgon Ubezpieczonego;
- 34) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jakim jest: zgon, Poważne Zachorowanie, Inwalidztwo, Czasowa Niezdolność do Pracy;
- 35) **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 POŻYCZKOBIORCÓW/KREDYTOBIORCÓW 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 Pobycie 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 chyba, że Czasowa Niezdolność do Pracy polegająca na Okresowej Niezdolności do Pracy zaistniała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
13. Nieuruchomienie Pożyczki/Kredytu (brak wypłaty środków określonych w umowie Pożyczki/Kredytu) lub odstąpienie od umowy Pożyczki/Kredytu 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 Poliską.
2. Ubezpieczeniem może zostać objęty Pożyczkobiorca/Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia spełnia wszystkie warunki określone poniżej:
 - 1) udzielono mu Pożyczki/Kredytu na Okres nie dłuższy niż 120 miesięcy,
 - 2) suma początkowych kwot pożyczek/kredytów z tytułu dotychczasowych umów Pożyczki/Kredytu (w związku z którymi Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową) oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy Pożyczki/Kredytu 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/Kredytobiorcę o jego stan zdrowia, odbierając stosowne oświadczenie w tym przedmiocie. Pożyczkobiorca/Kredytobiorca 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/Kredytobiorcy do Ubezpieczenia lub w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zażądać wypełnienia przez Pożyczkobiorcę/Kredytobiorcę 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 marca 2018 roku 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 WIECEJ NIŻ JEDNEGO POŻYCZKOBIORCY/KREDYTOBIORCY

§ 4

1. W przypadku objęcia Ubezpieczeniem nie więcej niż czterech Pożyczkobiorców/Kredytobiorców jeden z nich jest Ubezpieczającym (i jednocześnie Ubezpieczonym), a pozostali Pożyczkobiorcy/Kredytobiorcy wyłącznie Ubezpieczonymi w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia. Powyższe znajduje potwierdzenie w Polisie. Dla objęcia ochroną ubezpieczeniową Pożyczkobiorcy/Kredytobiorcy, który nie jest Ubezpieczającym, wymagana jest pisemna zgoda tego Pożyczkobiorcy/Kredytobiorcy składana na Polisie.
2. W przypadku kiedy w związku z umową Pożyczki/Kredytu Ubezpieczeniem obejmowany jest więcej niż jeden Pożyczkobiorca/Kredytobiorca:
 - 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 30;
 - 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/Kredytu (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 Pobycie w szpitalu określonym w § 11 ust.1 nie znajdzie zastosowania Udział Procentowy zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 30) 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/Kredytu.
4. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Pożyczkobiorców/Kredytobiorców 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 30.

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/Kredytobiorców z tej samej Pożyczki/Kredytu (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 Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego 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/Kredytu, na skutek wypowiedzenia tej umowy przez Bank lub przez Pożyczkobiorcę/Kredytobiorcę,
 - 3) z dniem wygaśnięcia umowy Pożyczki/Kredytu, na skutek całkowitej, wcześniejszej spłaty Pożyczki/Kredytu,
 - 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 z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz 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/Kredytobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy Pożyczki/Kredytu, należnej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, uzależniona jest od Kwoty Pożyczki/Kredytu (ostateczna kwota udzielonej Pożyczki/Kredytu obniżona o koszty prowizji kredytowej Banku oraz składki ubezpieczeniowej), liczby Rat oraz aktualnie obowiązującej stawki za Ubezpieczenie. W przypadku dwóch lub więcej Pożyczkobiorców/Kredytobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną umową Pożyczki/Kredytu 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/Kredytu.
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/Kredytu. 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/Kredytu powiększonej o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej umową Pożyczki/Kredytu 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/Kredytu. 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
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 Pobycie 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/Kredytu.
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/Kredytu,
 - 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) Harmonogram Spłat Pożyczki/Kredytu,
 - 3) 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/Kredytu,
 - 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 Pobycie 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/Kredytu,
 - 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/Kredytu.
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/Kredytu).
11. ERGO Hestia jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz 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. 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. W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia i umowy gwarancji ubezpieczeniowych zawierane przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje”), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, Ubezpieczyciel nie będzie uznany za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązany do dokonywania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiegokolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do Ubezpieczyciela.

§ 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 przewrótów 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 przewrótów 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 lekarza orzecznika powołanego przez ERGO Hestię 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.
5. Pojęciom użytym w niniejszym paragrafie nadano następujące znaczenie:
- 1) akt przemocy - celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie lub społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychiczny, zaburzenia w rozwoju lub deprywacji,
 - 2) akt terroryzmu - nielegalna akcja organizowana z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualna lub grupowa, skierowana przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowana przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, religijnych lub społecznych lub użycie broni biologicznej, chemicznej lub jądrowej,
 - 3) powstanie wojskowe - wystąpienie ludności w obronie swojej wolności, skierowane przeciw dotychczasowej władzy lub władzy okupacyjnej,
 - 4) przewrót wojskowy- niezgodne z porządkiem konstytucyjnym, często z użyciem siły (zbrojny zamach stanu), przejęcie władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób.

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 Agent-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 przekaze reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.

4. Klient ma prawo do składania reklamacji na usługi świadczone przez Agenta-Bank u tego Agenta:
 - pisemnie drogą pocztową,
 - osobiście,
 - ustnie,
 - w formie elektronicznej.
5. Klient 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. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
 - 3) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
 - 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki ERGO Hestia będzie stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową m.in. daty urodzenia, informacji o stanie zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie. Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu w przypadku gdy wykonuje Pani/Pan zawód o wysokim stopniu ryzyka tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
 - 2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzja o wyborze ścieżki likwidacyjnej będzie podejmowana na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia roszczenia oraz rodzaju roszczenia;
 - 3) reasekuracji ryzyk;
 - 4) dochodzenia roszczeń;
 - 5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych ERGO Hestia będzie stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych zostanie opracowany profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;
 - 6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
 - 7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
 - 8) wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu);
 - 9) wypełnienia obowiązków ciążących na administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
 - 10) analitycznych i statystycznych.

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

11. Administrator danych osobowych ma prawo do weryfikacji danych osobowych zawartych w umowie ubezpieczenia z listami ogłaszanymi przez Generalnego Inspektora Informacji Finansowej zawierającymi dane osób stanowiących zagrożenie dla międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa i objętych w związku z tym sankcjami finansowym, zgodnie z art. 117 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.

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 w 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 S.A.
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;
 - 2) w przypadku osób prawnych – art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

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 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 płatnościami 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, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
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 07 czerwca 2021 roku i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem Banku, jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela, poczynwszy od tej daty.