

Warunki ubezpieczenia dla klientów EURO – net Sp. z o.o.

Raty pod ochroną

Artykuł 1.

Postanowienia ogólne

1. Na podstawie niniejszych „Warunków ubezpieczenia dla klientów EURO – net Sp. z o.o. Raty pod ochroną” zwanych dalej również „WU”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A., zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy ubezpieczenia z klientami Euro – net Sp. z o.o.
2. Niniejsze warunki ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące czasu trwania tej ochrony, zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość świadczeń z Umowy ubezpieczenia oraz zasady wypłaty tych świadczeń, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zasady składania przez Ubezpieczonego skarg i odwołań.
3. Ważne jest dokładnie zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na poniższe regulacje.
4. Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w Artykule 2, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.

Artykuł 2.

Definicje pojęć

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

1. **Centrum Alarmowe Assistance** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, będąca jednostką działającą w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zajmującą się czynnościami obsługowymi w ramach Umowy ubezpieczenia;
2. **Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczającego, które nie ukończyły 18. roku życia, matka, ojciec Ubezpieczającego;
3. **Dokument ubezpieczenia (Polisa)** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
4. **Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz.U. 2015.584) na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub udział wspólnika/partnera w spółce osobowej;
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego Pobyt w Szpitalu; za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala;
6. **EURO-net Sp. z o.o.** – „Euro-net” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: 02-273 Warszawa, ul. Muszkieterów 15, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, Wydział XIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000117710, o numerze NIP 5270005984, o numerze REGON 010137837, o numerze rejestrowym GI05 E0003818WZBW, o kapitale zakładowym w wysokości 560 190 zł; EURO – net Sp. z o.o. jest agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela;
7. **Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o. w celu Zakupu towaru;
8. **Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym lub Członkiem rodziny w Szpitalu, w którym Ubezpieczony lub Członek rodziny poddał się leczeniu;
9. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli Ubezpieczonego lub Członka rodziny, w następstwie którego Ubezpieczony lub Członek rodziny doznał uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji;
10. **Okres karencji** – okres, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela za Zdarzenia ubezpieczeniowe;
11. **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia określony w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa); z zastrzeżeniem Okresu karencji, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie ubezpieczenia;
12. **Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe nie będącą z nim w związku małżeńskim a także z nim niespokrewniona;
13. **Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy;
14. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt w Szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie, trwający nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 5 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze Szpitala, Pobyt w Szpitalu musi rozpocząć się w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia;
15. **Rachunki** – rachunki za media wystawione na adres miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, tj. za gaz, energię elektryczną, czynsz, internet, telefon, olej opałowy;
16. **Rata** – miesięczna rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu, która została wskazana w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa);
17. **Saldo zadłużenia** – wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat kwota, obliczana jako liczba Rat, która pozostaje do spłaty po dniu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku pomnożona przez wartość pojedynczej Raty;
18. **Sporty wysokiego ryzyka** – obejmują wszystkie sporty uprawiane w związku z Wycynowym uprawianiem sportu i poniżej podane sporty uprawiane zarówno na poziomie rekreacyjnym, jak i wycynowym: sporty motorowe, sporty kaskaderskie, sporty lotnicze, alpinizm, bungee jumping, surfing, windsurfing, kitesurfing, wakeboarding, jazdę na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, kajakarstwo wysokogórskie, sporty walki, bobsleje, saneczkarstwo, sztuki walki, downhill, jeździectwo, alpinizm, szermierkę, sporty obronne, speleologię, skoki do wody, plewonurkowanie, skoki narciarskie, akrobatyka, gimnastyka sportowa, sporty strzeleckie, BASE jumping, rafting, icesurfing, skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle rowerowy, narciarski i snowboardowy, parkour, udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni, uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakterystycznych dla ekstremalnych warunków klimatycznych czy przyrodniczych: pustynia, góry powyżej 2500m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne;
19. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, wspomagający proces rehabilitacji lub samodzielne funkcjonowanie Ubezpieczonego;
20. **Status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r., w której wskazane zostały przesłanki do uzyskania statusu bezrobotnego (t.j. Dz.U. 2015. nr 0 poz. 149) lub w rozumieniu innych mających zastosowanie do Ubezpieczonego odpowiednich przepisów prawa polskiego, potwierdzony przez uprawniony organ;
21. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się regulowane prawem polskim:
 - 1) Umowę o pracę lub Stosunek służbowy zawarte na czas nieokreślony,
 - 2) Umowę o pracę lub Stosunek służbowy zawarte na czas określony, pod warunkiem, że zgodnie z umową data rozwiązania Umowy o pracę lub data ustania Stosunku służbowego jest późniejsza, niż data spłaty ostatniej Raty,
 - 3) Działalność gospodarczą;
22. **Stosunek służbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, mianowania lub Spółdzielczej umowy o pracę;
23. **Spółdzielcza umowa o pracę** – spółdzielcza umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 16 września 1982 r. Prawo spółdzielcze (t.j. Dz.U. 2013.1443);
24. **Suma ubezpieczenia/Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazana na Dokumencie ubezpieczenia (Polisie);
25. **Szpital** – rozumiany jest jako działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki leczniczej zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowany personel medyczny opieki medycznej, leczenia i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji;
26. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia; Ubezpieczający jest zawsze Ubezpieczonym;
27. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w Artykule 14;
28. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia; przy czym w przypadku:
 - 1) Ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, Ubezpieczenia assistance medycznego dla Ubezpieczonego, Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczenia assistance zawodowej dla Ubezpieczonego – Ubezpieczonym jest wyłącznie Ubezpieczający,
 - 2) Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczenia assistance medycznego – Ubezpieczonymi są Ubezpieczający, a w wariancie Zdrowie, Praca, Rodzina również Członkowie rodziny.
29. **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 185.980.900 zł, wykonującą działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;
30. **Umowa o pracę** – umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz.U. 2014.1502);
31. **Umowa ubezpieczenia** – umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie WU;
32. **Uposażony** – osoby/podmioty wskazane przez Ubezpieczonego, którym wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
33. **Utrata dochodu** – Utrata pracy, Utrata zdolności do pracy lub Spłata Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, przy czym za:
 - a) Utratę pracy – uznaje się utratę jedyne, stałego źródła dochodów w konsekwencji ustania Stosunku pracy to jest: Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej (nie dotyczy zawieszenia Działalności Gospodarczej), lub wypowiedzenia przez pracodawcę lub wygaśnięcia Stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną lub rozwiązania na mocy porozumienia stron, oraz pod warunkiem uzyskania Statusu bezrobotnego,
 - b) Utratę zdolności do pracy – uznaje się całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, powstałą w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ubezpieczenia, potwierdzoną orzeczeniem wydanym przez właściwy organ (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, KRUS lub inny organ rentowy), trwającą nieprzerwanie 30 dni (przy Utratę zdolności do pracy uważa się także trwałą i całkowitą niezdolność do pracy),
 - c) Spłatę Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego – uznaje się spłatę Rachunków, których termin płatności przypadał w miesiącach Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
34. **Wycynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, w tym w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, przy jednoczesnym pobieraniu wynagrodzenia z tego tytułu, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków;
35. **Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej** – zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie danych znajdujących się w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”) w następstwie otrzymania przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego informującego o złożeniu wniosku o wykreślenie jego wpisu w CEIDG lub zaświadczenia potwierdzającego złożenie ww. wniosku lub w przypadku udziału wspólnika/partnera w spółce osobowej – likwidacja lub upadłość spółki osobowej stwierdzone

przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentów potwierdzających likwidację lub upadłość spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych;

36. **Zakup towaru** – zakup towarów i usług dokonany w punkcie sprzedaży Euro-net sp. z o.o. stanowiącej część sieci handlowej pod marką RTV EURO AGD;
37. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jakim jest:
 - 1) w Ubezpieczeniu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) w Ubezpieczeniu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego – Pobyt w Szpitalu,
 - 3) w Ubezpieczeniu assistance medyczny określonym w Artykule 9 – Pobyt w Szpitalu,
 - 4) w Ubezpieczeniu Utraty dochodu polegającej na:
 - a) utracie pracy – Utrata pracy,
 - b) utracie zdolności do pracy – Utrata zdolności do pracy,
 - c) Spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego – Pobyt w Szpitalu,
 - d) w Ubezpieczeniu assistance zawodowy – Utrata pracy.

Artykuł 3.

Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia, Okres odpowiedzialności, składka ubezpieczeniowa

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) Zdrowie,
 - 2) Zdrowie, Praca, Rodzina.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres udzielonego Kredytu.
3. Początek i koniec Okresu ubezpieczenia wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzone jest Dokumentem ubezpieczenia (Polisa).
5. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry przez Ubezpieczającego, jednocześnie z zawarciem Umowy ubezpieczenia, za cały okres trwania Umowy ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem przekazania jej EURO-net Sp. z o.o., jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela.
6. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, Okresu ubezpieczenia oraz ceny Zakupu towaru. Wysokość składki ubezpieczeniowej wskazana jest na Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającego na Utracie pracy i Ubezpieczenia assistance zawodowego Ubezpieczonego, o którym mowa w art. 13 stosuje się Okres karencji, wynoszący 90 dni, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, co jest uwzględnione w wyliczonej składce ubezpieczeniowej.
9. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy niewykorzystany dzień Okresu ubezpieczenia.
10. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, w takim przypadku uznaje się, że ochrona nie rozpoczęła się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
11. W przypadku rozwiązania umowy Zakupu towaru i rozwiązania Kredytu, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia; w takim przypadku uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
12. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,
 - 2) z końcem okresu, na jaki została zawarta, wskazanego w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa),
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

Artykuł 4.

Warianty i zakres Umowy ubezpieczenia

1. Wariant Zdrowie obejmuje następujące Ubezpieczenia:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego,
 - 3) assistance medyczny dla Ubezpieczonego, o którym mowa w Artykule 9.
2. Wariant Zdrowie, Praca, Rodzina obejmuje następujące Ubezpieczenia:
 - 1) Utratę dochodu polegającą na Utracie pracy przez Ubezpieczonego oraz Utratę dochodu polegającą na Utracie zdolności do pracy przez Ubezpieczonego oraz assistance zawodowy Ubezpieczonego – Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w powyższym zakresie począwszy od dnia następnego po dniu, w którym został zatrudniony na podstawie Stosunku pracy,

- 2) Utratę dochodu polegającą na Spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego – Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w powyższym zakresie począwszy od dnia następnego po dniu, w którym zaczął osiągać dochody z tytułu emerytury lub renty (albo ma ustalone prawo do emerytury lub renty) lub uzyskuje dochody z innych niż Stosunek pracy źródeł,
 - 3) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego,
 - 4) assistance medyczny dla Ubezpieczonego, o którym mowa w Artykule 9,
 - 5) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy przez Ubezpieczonego, Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy przez Ubezpieczonego lub assistance zawodowy Ubezpieczonego, albo Utraty dochodu polegającej na Spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, udzielanej w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia, uzależniony jest od spełnienia przez Ubezpieczonego przesłanek określonych w ust. 2 pkt 1 i 2 powyżej w dacie wystąpienia odpowiednio jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych powyżej.
 4. W wariantcie Zdrowie, Praca, Rodzina w Ubezpieczeniach Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i assistance medyczny ochroną ubezpieczeniową dodatkowo objęty jest Członek rodziny.

Artykuł 5.

Ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

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

Artykuł 6.

Ubezpieczenie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje odpowiednio po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu.
3. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych trzydziestu dni Pobytu w Szpitalu.
4. Pobyt w Szpitalu powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o leczeniu szpitalnym Ubezpieczonego, pozwalającą ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
5. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wynosi 6 miesięcznych świadczeń ustalanych zgodnie z ust. 7 w całym Okresie ubezpieczenia na wszystkich Ubezpieczonych.
6. Każdorazowa wypłata świadczenia powoduje obniżenie limitu wskazanego w ust. 5 o wysokość wypłaconego świadczenia (konsumpcja).
7. Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego równe jest kwocie Raty wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia (Polisa).
8. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 7.

Ubezpieczenia assistance medyczny dla Ubezpieczonego

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na warunkach i zasadach określonych w niniejszych WU.
2. Przedmiotem Ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń medycznych określonych w niniejszych WU.
3. Świadczenia realizowane w ramach Ubezpieczenia assistance medyczny realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
4. Świadczenia określone w artykule 9 przysługują Ubezpieczonemu wyłącznie wówczas, gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego trwał przez nieprzerwany okres minimum 5 dni.
5. W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i Członka rodziny w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, assistance medyczny przysługuje każdej z osób niezależnie.

Artykuł 8.

Zakres Świadczeń informacyjno-organizacyjnych w Ubezpieczeniach assistance medyczny dla Ubezpieczonego

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń informacyjno-organizacyjnych określonych w niniejszych WU.
2. Na wniosek Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe Assistance zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który udzieli Ubezpieczonemu, ustnej informacji na wymienione niżej tematy:
 - 1) natychmiastowa pomoc – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
 - 2) ukąszenia – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
 - 3) jednostki chorobowe – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 4) zachowania prozdrowotne – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatorzstkowe, cukrzycowe, ubogobiałkowe, bogatobiałkowe, niskokaloryczne, niskocholesterolowe, redukcyjne), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynki i sen,
 - 5) profilaktyka – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,
 - 6) opisy badań – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
 - 7) przygotowanie do badań – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - 8) badania kontrolne – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - 9) leki – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
 - 10) alternatywne metody leczenia i relaksacji – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - 11) uwarunkowania medyczne – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - 12) grupy wsparcia – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, rodzicom ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
 - 13) przed podróżą – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. szczepienia, zagadnienia związane ze specyfiką danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożeń epidemiologicznych.
3. Ponadto Centrum Alarmowe Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem.
4. Zakres informacji udzielanych zgodnie z ustępami 2 i 3 powyżej, ma charakter teoretyczny i nie stanowi diagnozy lub świadczenia medycznego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa.
5. Centrum Alarmowe Assistance na wniosek Ubezpieczonego udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 2) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki uniwersyteckie medycznych) znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,

- 3) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 4) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.
6. W ramach organizacji wizyty u lekarza specjalisty na wniosek Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe Assistance przekazuje informacje o dostępności i czasie oczekiwania na wizytę lekarza specjalisty, o którą wnioskuje Ubezpieczony, we wskazanym przez niego regionie Polski oraz poinformuje o obowiązujących w placówce medycznej współpracującej z Centrum Alarmowym Assistance warunkach skorzystania ze świadczenia.
7. Po dokonaniu wyboru usługodawcy (lekarza, placówki medycznej) Ubezpieczony zleca operatorowi Centrum Alarmowego Assistance dokonanie rezerwacji wizyty w placówce medycznej (jeśli placówka dopuszcza taką możliwość).
8. Ubezpieczony nie pokrywa kosztów wizyt lekarskich (z zastrzeżeniem postanowień Art. 9 ust. 1 pkt 2), badań diagnostycznych oraz innych świadczeń również tych zleconych przez lekarza specjalistę podczas wizyty. Świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Centrum Alarmowym Assistance.

Artykuł 9. Zakres świadczeń medycznych w ubezpieczeniu assistance medyczny

1. W zależności od wariantu Ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie lub zwrot kosztów świadczeń medycznych:
 - 1) zwrot kosztów leków:
 - a) jeżeli w następstwie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymał receptę na zakup leków od Lekarza prowadzącego, Centrum Alarmowe Assistance dokona zwrotu kosztów zakupu leków do kwoty 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt nabycia leków pokrywa Ubezpieczony,
 - b) zwrot kosztów leków dotyczy tylko leków z recepty otrzymanej i wypisanej od Lekarza prowadzącego,
 - 2) wizyta u lekarza specjalisty:
 - a) jeżeli w następstwie Pobytu w Szpitalu zaistniała konieczność wizyty Ubezpieczonego u lekarza specjalisty, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednej wizyty u właściwego specjalisty,
 - b) Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztów do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszty pokrywa odpowiednio Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - c) świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Centrum Alarmowe Assistance,
 - 3) organizacja i pokrycie kosztów Sprzętu rehabilitacyjnego:
 - a) jeżeli w następstwie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego,
 - b) Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztów do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszty pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - 4) organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji:
 - a) jeżeli w następstwie Pobytu w Szpitalu trwającego powyżej pięciu dni Ubezpieczony wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednego z poniższych świadczeń:
 - i. wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego,
 - albo
 - ii. wizyt Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej najbliższej miejscu pobytu Ubezpieczonego,
 - b) Centrum Alarmowe Assistance pokryje koszt świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - c) świadczenie jest realizowane w placówkach medycznych w ramach sieci medycznej współpracującej z Centrum Alarmowe Assistance lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego.
2. Wskazane w ust. 1 kwoty stanowią Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla poszczególnych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia, na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe.

Artykuł 10. Ubezpieczenie Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest Utrata dochodu polegająca na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego.
2. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego przysługuje po 30 dniach od dnia wydania orzeczenia o niezdolności do pracy przez organ rentowy (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, KRUS lub inny organ rentowy).
3. Kolejne miesięczne świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego są wypłacane po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu niezdolności do pracy, który został udokumentowany orzeczeniem, o którym mowa w ust. 2.

4. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
5. Miesięczne świadczenie z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy równe jest kwocie Raty.
6. Świadczenie z tytułu Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 11. Ubezpieczenie Utraty dochodu polegającej na Spłacie Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest Utrata dochodu polegająca na Pobycie w Szpitalu Ubezpieczonego.
2. W Ubezpieczeniu Utraty dochodu polegającej na spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne świadczenie w wysokości sumy kwot Rachunków, których termin płatności przypadł w danym miesiącu Pobytu w Szpitalu, nie więcej jednak niż 300 PLN za miesiąc.
3. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającego na spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, wynosi 6 miesięcznych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia.
4. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu Utraty dochodu polegającej na spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Drugie i kolejne miesięczne świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego przysługują po upływie każdego kolejnego nieprzerwanego trzydziestodniowego okresu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.
6. Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego powinien zostać udokumentowany kartą informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
7. Świadczenie z tytułu Utraty dochodu polegające na spłacie Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu.

Artykuł 12. Ubezpieczenie Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy przez Ubezpieczonego

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

Artykuł 13. Ubezpieczenie assistance zawodowy dla Ubezpieczonego

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń określonych w niniejszych WU.
2. Świadczenia realizowane są na wniosek Ubezpieczonego.
3. Warunkiem realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego, jest Utrata pracy Ubezpieczonego mająca miejsce po upływie Okresu karencji określonego w art. 3 ust. 8.
4. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty dochodu polegającego na Utracie pracy przez Ubezpieczonego

lub Utracie dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- 1) sprawdzenie przez doradcę zawodowego Curriculum Vitae Ubezpieczonego i przekazanie uwag podczas rozmowy telefonicznej:
 - a) Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztu świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) Przysługują 3 świadczenia sprawdzenia Curriculum Vitae na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe,
- 2) przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej podczas indywidualnego spotkania z doradcą zawodowym:
 - a) Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztu świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) długość spotkania nie może przekroczyć 2h,
- 3) tłumaczenie na język angielski dostarczonego listu motywacyjnego, Curriculum Vitae, dokumentów referencyjnych:
 - a) Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztu świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody,
 - b) maksymalna objętość tłumaczonych dokumentów wynosi 8 stron,
- 4) monitoringu rynku pracy polegającego na pokazaniu najbardziej efektywnych sposobów wyszukiwania ofert pracy oraz aktywnej pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy i kursów doszkolających, Ubezpieczonemu przysługuje pokrycie kosztu świadczenia do wysokości 500 PLN; powyżej tej kwoty koszt świadczenia pokrywa Ubezpieczony, co wymaga jego uprzedniej zgody.
5. Wskazane w ust. 4 kwoty stanowią Limity odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla poszczególnych świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia, na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy przez Ubezpieczonego.

Artykuł 14. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe lub przyczyny Zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) powstałe przed rozpoczęciem Okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 2) będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 3) powstałe na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 4) powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 5) powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,
 - 6) powstałe na skutek popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślniej przez Ubezpieczonego,
 - 7) powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 8) powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego w bojach, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 9) powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 10) powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 11) powstałe na skutek Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - 12) powstałe na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego Sportów wysokiego ryzyka,
 - 13) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.
2. Za Pobyt w Szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytu związanego z:
 - 1) wykonaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszkodzenie na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za nie spełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:

- 1) zadziałania siły wyższej, katastrof naturalnych (trzęsienie lub osunięcie się ziemi, powódź, huragan, pożar), lub z powodu awarii albo braku urządzeń telekomunikacyjnych,
- 2) czynników nadzwyczajnych i niezależnych od Ubezpieczyciela takich jak strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować opóźnienie w realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela.
4. Za wykonane świadczenia medyczne odpowiedzialność ponoszą wykonujący je lekarze specjaliści, zgodnie z przepisami prawa.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń lekarza bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego Assistance.
6. Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w Ubezpieczeniu Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy przez Ubezpieczonego oraz w Ubezpieczeniu assistance zawodowy Ubezpieczonego wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) gdy Utrata pracy nastąpi przed upływem Okresu karencji określonego w art. 3 ust. 8,
 - 2) Utrata pracy nastąpiła w związku z wypowiedzeniem Umowy o pracę przez Ubezpieczonego,
 - 3) Utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia Stosunku pracy zawartego na czas określony z powodu upływu terminu na jaki została zawarta,
 - 4) w związku z drugą i każdą następną Utratą pracy, jeżeli nastąpiła ona na skutek rozwiązania Stosunku pracy z tym samym pracodawcą,
 - 5) gdy ustanie Stosunku pracy nastąpiło na podstawie art. 52 Kodeksu pracy, tj.:
 - a) dopuszczenia się przez pracownika ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych,
 - b) popełnienia przez pracownika w czasie trwania umowy o pracę przestępstwa, które uniemożliwiło dalsze zatrudnianie go na zajmowanym stanowisku, jeżeli przestępstwo jest oczywiste lub zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem,
 - c) zawiniętej przez pracownika utraty uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku.
7. Niezależnie od postanowień ust. 6 powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był zatrudniony na podstawie Umowy o pracę, ale w okresie trzech miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu, zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - 1) złożył Ubezpieczonemu pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy o pracę,
 - 2) zakomunikował na piśmie zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu Umowy o pracę.

Artykuł 15.

Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
5. Powiadomienie Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: (58) 558 71 73. Opłata zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.
6. W przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Ubezpieczeniach assistance medyczny Ubezpieczonego, assistance zawodowy Ubezpieczonego, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym Assistance, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu wskazanym w ust. 5,
 - 2) podać dostępne informacje niezbędne do udzielenia należytej pomocy z zakresu świadczeń, to jest:
 - a) PESEL,
 - b) Dokument ubezpieczenia (Polisa),
 - c) imię i nazwisko Ubezpieczającego lub Członka rodziny,
 - d) określić zdarzenie,
 - e) określić miejsce pobytu lub miejsce zamieszkania, jeżeli jest to niezbędne do wykonania świadczenia,

- f) telefon kontaktowy,
- g) rodzaj wymaganej pomocy,
- 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego Assistance, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe Assistance, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania np. dokumenty potwierdzające Utratę pracy,
- 4) jeżeli Ubezpieczony z winy umyślniej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych w niniejszym ust. 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
7. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Niezszczęśliwego wypadku wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
8. W celu wypłaty świadczenia z tytułu: Ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku i informacją o jego przyczynach i skutkach,
 - 2) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez Szpital zawierającą informację o hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego albo Członka rodziny i przyczynach hospitalizacji,
 - 3) w przypadku Ubezpieczenia sploty Rachunków w razie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego kopię Rachunków,
 - 4) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela np. dane policji lub innych organów prowadzących postępowanie w sprawie wypadku.
9. W celu wypłaty świadczenia wnioskujący o wypłatę świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu polegającej na Utracie zdolności do pracy Ubezpieczonego, powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem wypadku oraz informacją o przyczynach i skutkach wypadku,
 - 2) kopię orzeczenia o całkowitej niezdolności do jakiejkolwiek pracy zarobkowej wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub inny organ rentowy.
10. W celu wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela:
 - 1) kopię ostatniej Umowy o pracę,
 - 2) w przypadku Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt zakończenia,
 - 3) potwierdzenie uzyskania Statusu bezrobotnego, wydane go przez właściwy urząd pracy,
 - 4) w razie rozwiązania Umowy o pracę przez pracodawcę, wypowiedzenia Umowy o pracę lub Stosunku służbowego wraz z uzasadnieniem (o ile do wypowiedzenia takie uzasadnienie było sporządzone),
 - 5) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,
 - 6) na wniosek Ubezpieczyciela inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
11. W celu wypłaty kolejnych miesięcznych świadczeń z tytułu Utraty dochodu polegającej na Utracie pracy wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Ubezpieczyciela potwierdzenie posiadania Statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.

Artykuł 16.

Roszczenia regresowe

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

4. Jeżeli zrzeczenie lub ograniczenie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego artykułu zostało ujawnione po wypłacie świadczenia (odszkodowania) Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego części lub całości wypłaconego świadczenia (odszkodowania).
5. Zapisy, o których mowa w ust. 3 nie dotyczą Członków Rodziny.

Artykuł 17.

Forma i sposób doręczenia dokumentów

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

Artykuł 18.

Odwolania, reklamacje

1. Jeżeli zgłaszający roszczenie nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia, albo co do wysokości świadczenia, może zgłosić na piśmie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na dedykowany adres: odwolania@ergohestia.pl wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez zarząd Ubezpieczyciela.
2. Po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, przez zarząd Ubezpieczyciela lub upelnomocnionego pracownika, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu wniosek w terminie 30 dni pisemnie na adres wskazany w treści wniosku.
3. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ergo Hestię (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - a. poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt,
 - b. telefonicznie – poprzez infolinię Ergo Hestii pod numerem: 801 107 107 lub 58 558 71 73,
 - c. pisemnie – na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, lub
 - d. ustnie lub pisemnie – podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ergo Hestii.
5. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
6. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - a. na piśmie,
 - b. za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
 - c. pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej.
7. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Artykuł 19.

Postanowienia ogólne

1. Ubezpieczony może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów lub do Rzecznika Finansowego lub o rozstrzygnięcie sporów wynikających z Umowy ubezpieczenia w sądzie polubowym, utworzonym przy Rzeczniku Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 00-024 Warszawa, działającym zgodnie z jego regulaminem.
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze WU właściwym jest prawo polskie.
4. W przypadkach nieuregulowanych w niniejszych WU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa.
5. Niniejsze WU obowiązują od dnia 3 listopada 2015 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem EURO-net Sp. z o.o., jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela począwszy od tej daty.



Pełnomocnik Zarządu
Renata Mordaka.