



Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy, Farmaceutów i Innych Osób Świadczących Usługi o Charakterze Medycznym



- Dokument zawiera informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym

ERGO
HESTIA[®]

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo
Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej
Lekarzy, Farmaceutów i Innych Osób Świadczących
Usługi o Charakterze Medycznym

Pełne informacje podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 1 kwietnia 2025 roku (kod: AB-OCZL-01/25).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (ubezpieczenie majątkowe grupa 13 z działu II załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna osób objętych ubezpieczeniem za szkody w mieniu i na osobie wyrządzone osobom trzecim wskutek uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym.
- ✓ Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o szkody powstałe poza terytorium RP (z wyjątkiem szkód powstałych na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanady).
- ✓ Ubezpieczający wskazuje sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód:

- ✗ wynikających z wykonywania przez osoby objęte ubezpieczeniem innych czynności niż czynności zawodowe lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa ulega ograniczeniu w zakresie szkód:

- ! wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczającego i osoby, za które ponosi on odpowiedzialność,
- ! wyrządzonych przez Ubezpieczającego pozbawionego prawa do wykonywania zawodu lub czynności zawodowych albo zawieszzonego w prawie wykonywania zawodu,
- ! powstałych w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczającego czynności o charakterze administracyjnym,
- ! powstałych wskutek używania pojazdów mechanicznych lądowych, wodnych, powietrznych,
- ! wynikłych z czynności zawodowych wykonanych lub zaniechanych przed datą początkową,
- ! wyrządzonych osobom bliskim w stosunku do Ubezpieczającego lub osobom zatrudnionym przez Ubezpieczającego bez względu na podstawę zatrudnienia,
- ! wyrządzonych personelowi tej samej jednostki organizacyjnej oraz wykonującym w tej jednostce czynności zawodowe lub badania naukowe, choćby nie stanowili jej personelu,
- ! wyrządzonych przez Ubezpieczającego własnemu pracodawcy,
- ! polegających na utracie lub uszkodzeniu pojazdów mechanicznych, wartości pieniężnych, akt lub dokumentów,
- ! mających postać grzywien lub kar nałożonych na Ubezpieczającego,
- ! mających postać strat finansowych niewynikających ze szkód w mieniu i na osobie, za które Ubezpieczający jest odpowiedzialny wskutek przejścia w umowie lub porozumieniu odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa,
- ! wynikłych z przeniesienia wirusa HIV, chyba że umowa stanowi inaczej,
- ! wynikłych z przeniesienia pozostałych chorób zakaźnych, chyba że umowa stanowi inaczej,
- ! spowodowanych ściekami lub odpadami związanymi z działalnością Ubezpieczającego,
- ! wynikłych z zastosowania eksperymentalnych metod leczniczych lub rehabilitacyjnych bez zgody pacjenta albo wymaganych zatwierdzeń projektu eksperymentu,
- ! wynikłych wskutek niedotrzymania ustalonych terminów świadczeń medycznych,
- ! powstałych w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego,
- ! wynikłych z nieosiągnięcia określonego rezultatu zabiegu lub leczenia, chyba że wynika to z charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczającego,
- ! wyrządzonych zabiegami chirurgii plastycznej lub zabiegami kosmetycznymi, chyba że służą one usunięciu miejscowego stanu chorobowego albo skutków urazów wypadkowych,
- ! wynikłych z używania środków odchudzających,
- ! wyrządzonych w związku z używaniem urządzeń rentgenowskich lub laserowych albo materiałów izotopowych lub radioaktywnych,
- ! w mieniu osobistego użytku stanowiącym własność pacjentów,
- ! wyrządzonych podczas działań wojennych,
- ! w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczający korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego.

			O ile zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony, ubezpieczenie nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej za szkody: ! powstałe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (z wyjątkiem szkód powstałych na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanady).
	Gdzie obowiązuje ubezpieczenie? ✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o klauzulę 001/i.z.		
	Co należy do obowiązków Ubezpieczonego? Obowiązki na początku umowy: – Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia: – Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki; – Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. – Ubezpieczający obowiązany jest do usunięcia szczególnych zagrożeń, których usunięcia domagał się Ubezpieczyciel w pismach do niego wystosowanych. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony ma obowiązek: – użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, – niezwłocznie, nie później niż w ciągu trzech dni od powstania wypadku, zawiadomić o nim Ubezpieczyciela, – podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn powstania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru, – stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela udzielając mu informacji i odpowiednich pełnomocnictw, – zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń lub zawarcia z nim ugody do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.		
	Jak i kiedy należy opłacać składki? Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach		
	Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa? Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę i godzinę uzgodnioną przez strony umowy. Okres ubezpieczenia trwa 1 rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).		
	Jak rozwiązać umowę? Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy. W przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, termin odstąpienia od umowy wynosi 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia można złożyć: – przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl, lub – elektronicznie, na adres do doręczeń elektronicznych AE: PL-58185-26619-SWDBT-23; – u naszego przedstawiciela, lub – listownie – adres naszej siedziby: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.		



Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy, Farmaceutów i Innych Osób Świadczących Usługi o Charakterze Medycznym

AB-OCZL-01/25

Spis treści

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	2
Postanowienia ogólne	3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia	6
Umowa na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego)	6
Suma gwarancyjna i składka	7
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	7
Prawa i obowiązki stron umowy	8
Odpowiedzialność Ubezpieczyciela	9
Wypłata odszkodowania	10
Regres ubezpieczeniowy	10
Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego	11
Postanowienia końcowe	11
Oświadczenie Administratora Danych Osobowych	13

Poniższa tabela informuje, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Numer zapisu	
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§ 5 ust. 1-2 § 25 ust. 1–3 § 26 ust. 1	§ 6 § 7 ust. 1 § 8 § 9 § 10 ust. 1 § 13 ust. 1, 2 § 14 ust. 1 § 18 ust. 5 § 19 ust. 2 § 20 ust. 2 § 21 ust. 2 § 25 ust. 2 i ust. 4–6 § 27 ust. 1 i 2 § 28 ust. 3 i 4 § 30 ust. 4

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym, zwanych dalej także „ogólnymi Warunkami ubezpieczenia”, Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).

§ 2

Z jednostkami organizacyjnymi zatrudniającymi albo zrzeczającymi lekarzy, farmaceutów lub inne osoby świadczące usługi o charakterze medycznym może być zawarta umowa ubezpieczenia grupowego.

§ 3

1. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych przez strony warunkach odbiegających od postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Warunki odbiegające od postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 4

W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za:

1. czynność zawodową	uważa się działanie lub zaniechanie związane z wykonywaniem zawodu w służbie zdrowia,
2. datę początkową	uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w pierwszej umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zawartej przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem, przy zachowaniu takich samych warunków i kontynuowaniu umowy ubezpieczenia w następnych okresach ubezpieczenia, przy czym: a) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe rodzaje szkód w umowie zawartej na kolejny okres ubezpieczenia za datę początkową dla tych szkód uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w umowie, w której po raz pierwszy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności o te szkody, b) w przypadku przerwania ciągłości ubezpieczenia za datę początkową uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w nowej umowie.
3. franszyzę redukcyjną	uważa się określoną w procentach lub kwotowo wartość redukującą łączne świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu jednego wypadku, dotyczące szkód w mieniu, chyba że uzgodniono inaczej,
4. osoby bliskie	uważa się małżonka, osoby pozostające w konkubinacie, rodzeństwo, wstępnych, zstępnych, teściów, zięciów i synowe, ojczyma, macochę, pasierbów, przysposobionych i przysposabiających,
5. osoby objęte ubezpieczeniem	uważa się: a) Ubezpieczającego, b) osoby, na rachunek których zawarto umowę ubezpieczenia (Ubezpieczonego), c) osoby, za których działania lub zaniechania ubezpieczony jest odpowiedzialny z mocy prawa, d) osoby zastępujące Ubezpieczonego podczas jego przejściowej niedyspozycji lub nieobecności, chyba że zastępujący posiadają własne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.
6. osoby świadczące usługi o charakterze medycznym	uważa się w szczególności pielęgniarki i położne,

7. szkodę na osobie	uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
8. szkodę w mieniu	uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie,
9. umowę ubezpieczenia grupowego	uważa się umowę ubezpieczenia, w której Ubezpieczający zawiera umowę wyłącznie na rzecz więcej niż jednej osoby fizycznej.
10. wartości pieniężne	uważa się krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, czek, weksle i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę oraz złoto, srebro i wyroby z tych metali, kamienie szlachetne i perły, a także platynę i pozostałe metale z grupy platynowców,
11. wypadek	uważa się śmierć, doznanie rozstroju zdrowia, uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenie lub zniszczenie mienia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna osób objętych ubezpieczeniem za szkody na osobie lub w mieniu wyrządzone osobom trzecim wskutek uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych lekarzy, farmaceutów lub innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym, w tym również za szkody powstałe w związku z niesieniem pierwszej pomocy.
2. Umowa ubezpieczenia obejmuje szkody będące następstwem wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, przy czym wszystkie szkody będące następstwem tego samego wypadku albo wynikające z tej samej przyczyny, niezależnie od liczby osób poszkodowanych, uważa się za jeden wypadek i przyjmuje się, że miały miejsce w chwili powstania pierwszej szkody.

§ 6

Jeżeli obowiązany do naprawienia szkody jest pracodawca zatrudniający ubezpieczonych lekarzy lub inne osoby fizyczne świadczące usługi o charakterze medycznym, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela ogranicza się do wysokości roszczeń regresowych przysługujących pracodawcy wobec pracownika.

§ 7

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna z tytułu szkód powstałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową można objąć odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem szkód powstałych na terytorium Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanady.

§ 8

1. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczającego oraz osoby, za które ponosi odpowiedzialność.
2. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta odpowiedzialność cywilna Ubezpieczającego za szkody:
 - 1) wyrządzone przez Ubezpieczającego pozbawionego prawa wykonywania zawodu lub czynności zawodowych albo zawieszonego w prawie wykonywania zawodu,
 - 2) powstałe w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczającego czynności o charakterze administracyjnym,
 - 3) powstałe wskutek używania przez Ubezpieczającego pojazdów mechanicznych lądowych, wodnych lub powietrznych,
 - 4) szkody wynikłe z czynności zawodowych dokonanych lub zaniechanych przed datą początkową.

§ 9

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

- 1) szkody wyrządzone osobom bliskim w stosunku do Ubezpieczającego lub osobom zatrudnionym przez Ubezpieczającego, bez względu na podstawę zatrudnienia,
- 2) szkody wyrządzone personelowi tej samej jednostki organizacyjnej albo osobom wykonującym w tej jednostce czynności zawodowe lub badania naukowe, choćby nie stanowili jej personelu,
- 3) szkody wyrządzone przez Ubezpieczającego własnemu pracodawcy,
- 4) szkody polegające na utracie lub uszkodzeniu pojazdów mechanicznych, wartości pieniężnych, akt lub dokumentów,
- 5) grzywny i kary pieniężne nałożone na Ubezpieczającego,
- 6) straty finansowe niewynikające ze szkody w mieniu lub na osobie,
- 7) szkody, za które Ubezpieczający jest odpowiedzialny wskutek przyjęcia w umowie lub porozumieniu odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa,
- 8) szkody wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, chyba że umowa stanowi inaczej,
- 9) szkody wynikłe z przeniesienia pozostałych chorób zakaźnych, chyba że umowa stanowi inaczej,
- 10) szkody spowodowane ściekami lub odpadami związanymi z działalnością Ubezpieczającego,
- 11) szkody wynikłe z zastosowania eksperymentalnych metod leczniczych lub rehabilitacyjnych bez zgody pacjenta (lub innej osoby upoważnionej do wyrażenia jej zamiast pacjenta) albo wymaganych zatwierdzeń projektu eksperymentu,
- 12) szkody wynikłe wskutek niedotrzymania ustalonych terminów świadczeń medycznych,
- 13) szkody powstałe w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego,
- 14) szkody wynikłe z nieosiągnięcia określonego rezultatu zabiegu lub leczenia, chyba że wynika to z charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczającego,
- 15) szkody wyrządzone zabiegami chirurgii plastycznej oraz zabiegami kosmetycznymi, chyba że służą usunięciu miejscowego stanu chorobowego albo skutków urazów wypadkowych,
- 16) szkody wynikłe z używania środków odchudzających,
- 17) szkody wyrządzone w związku z używaniem urządzeń rentgenowskich lub laserowych albo materiałów izotopowych lub radioaktywnych,
- 18) szkody w mieniu osobistego użytku stanowiącym własność pacjentów,
- 19) szkody wyrządzone podczas działań wojennych,
- 20) szkody w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczający korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego pokrewnego stosunku prawnego.

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta zgodnie z poniższymi wariantami według wyboru Ubezpieczającego:
Wariant A – obejmuje odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego z tytułu wykonywania zawodu w ramach zatrudnienia na podstawie stosunku pracy, w granicach określonych przepisami prawa pracy, a także odpowiedzialność cywilną deliktową związaną z niesieniem pierwszej pomocy ofierze nieszczęśliwego lub nagłego wypadku, **Wariant B** – obejmuje odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego z tytułu wykonywania zawodu:
 - a) w ramach zatrudnienia na podstawie stosunku pracy, w granicach określonych przepisami prawa pracy,
 - b) w ramach zatrudnienia na podstawie wszelkiego rodzaju umów cywilno-prawnych,
 - c) w związku z udziałem w komisjach lekarskich,
 - d) w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej lub świadczenia na własny rachunek usług o charakterze medycznym,
 - e) odpowiedzialność cywilną deliktową związaną z niesieniem pierwszej pomocy ofierze nieszczęśliwego lub nagłego wypadku.
2. Umowa ubezpieczenia grupowego nie może zawierać różnych wariantów dla poszczególnych ubezpieczonych osób.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego sporządzonego w formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwę i adres Ubezpieczającego,
 - 2) okres ubezpieczenia,
 - 3) proponowaną wysokość sumy gwarancyjnej,
 - 4) liczbę osób ubezpieczonych w przypadku grupowej formy ubezpieczenia,
 - 5) rodzaj specjalizacji każdej ubezpieczonej osoby,
 - 6) liczbę i wartość roszczeń zgłoszonych w okresie ostatnich 5 lat.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z umową.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić lub sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Umowa na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego)

§ 12

1. Obowiązki związane z zawarciem umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego ciąży zarówno na Ubezpieczającym jak i Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek, jednakże obowiązek opłaty składki ubezpieczeniowej ciąży tylko na Ubezpieczającym.
2. Obowiązki Ubezpieczającego związane z wykonaniem umowy ubezpieczenia przechodzą na Ubezpieczonego z chwilą, w której dowiedział się on o zawarciu umowy na jego rachunek.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek polisę wydaje się Ubezpieczającemu.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela.
5. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu ogólne warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.
6. Ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie może złożyć pisemne oświadczenie o wystąpieniu z tej umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, o której mowa w art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ubezpieczający jest dodatkowo zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy ubezpieczenia informacje o:
 - 1) firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;
 - 2) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Suma gwarancyjna i składka

§ 13

1. W umowie ubezpieczenia ustala się ogólną sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. O ile umowa nie stanowi inaczej, sumę gwarancyjną ustala się dla jednego i dla wszystkich wypadków w okresie rocznym, łącznie dla szkód w mieniu i na osobie.

§ 14

1. Po wypłacie odszkodowania suma gwarancyjna zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania.
2. Za zgodą Ubezpieczyciela Ubezpieczający może uzupełnić sumę gwarancyjną opłacając dodatkową składkę.

§ 15

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
2. Składka może ulec niższości ze względu na:
 - a) zastosowanie niższego niż standardowy limitu sumy gwarancyjnej,
 - b) zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego,
 - c) zawarcie umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż jeden rok.
3. Składka może ulec podwyższeniu ze względu na:
 - a) zastosowanie wyższego niż standardowy limitu sumy gwarancyjnej,
 - b) rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dodatkowy rodzaj szkód, c) rozłożenie składki na raty.
4. Ubezpieczyciel może w przypadkach uzasadnionych rodzajem lub rozmiarem wykonywanych czynności zawodowych, zgłoszonymi szkodami lub innymi ważnymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka, wyznaczyć składkę ubezpieczeniową uwzględniającą warunki pokrycia reasekuracyjnego.
5. Na wniosek Ubezpieczającego składka może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 16

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy.
3. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).

§ 17

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata została zapłacona w dniu zawarcia umowy lub najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, chyba że został wyznaczony inny termin zapłaty, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2–7.
2. W przypadku gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
3. Niezapłacenie kolejnej raty składki, w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
5. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela – pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
6. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem.

Prawa i obowiązki stron umowy

§ 18

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1.
3. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1–4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1–4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 19

1. Ubezpieczający obowiązany jest do usunięcia szczególnych zagrożeń, których usunięcia – stosownie do okoliczności – mógł domagać się Ubezpieczyciel i domagał się w pismach wystosowanych do Ubezpieczającego; za szczególne zagrożenia uważa się zwłaszcza przyczyny powstania szkody.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie wykonał powyższego obowiązku w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności za szkody powstałe po wyznaczonym terminie wskutek nie usunięcia wskazanego zagrożenia w zakresie, w jakim niewykonanie obowiązku miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody.

§ 20

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczający z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 21

1. W razie powstania wypadku do obowiązków Ubezpieczającego należy ponadto:
 - 1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni po powstaniu wypadku lub uzyskaniu o nim wiadomości, zawiadomić o tym Ubezpieczyciela,
 - 2) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
 - 3) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
2. W razie naruszenia przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 22

1. W razie zgłoszenia roszczenia o naprawienie szkody Ubezpieczający ma obowiązek zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń bądź zawarcia z nim ugody, do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.
2. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczającego roszczenia osoby poszkodowanej bez wymaganej pisemnej zgody nie ma wpływu na odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczającego.

§ 23

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela

§ 24

W granicach udzielonej ochrony Ubezpieczyciel ma obowiązek dokonania oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podjęcia decyzji o uznaniu roszczenia i wypłacie odszkodowania albo prowadzeniu obrony Ubezpieczającego przed nieuzasadnionym roszczeniem.

§ 25

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej należne odszkodowanie ustalone według zasad odpowiedzialności cywilnej osób objętych ubezpieczeniem.
2. W każdym czasie Ubezpieczyciel ma prawo wypłacić odszkodowanie w wysokości sumy gwarancyjnej lub mniejszej sumy, którą mogą być zaspokojone roszczenia wynikające z wypadku, zwalniając się z obowiązku dalszego prowadzenia obrony oraz ponoszenia innych kosztów.
3. Ubezpieczyciel pokrywa także:
 - 1) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za pisemną zgodą Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - 2) niezbędne koszty obrony sądowej w sporze prowadzonym na polecenie Ubezpieczyciela lub za jego zgodą; jeżeli w wyniku wypadku powodującego odpowiedzialność Ubezpieczającego objętą ochroną ubezpieczeniową zostanie przeciwko sprawcy szkody wdrożone postępowanie karne, Ubezpieczyciel pokrywa koszty obrony, jeżeli zażądał powołania obrońcy lub wyraził zgodę na pokrycie tych kosztów,
 - 3) niezbędne koszty działań podjętych przez Ubezpieczającego po wystąpieniu wypadku w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były właściwe, chociażby okazały się bezskuteczne.
4. Za koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 1) i 2), Ubezpieczyciel odpowiada ponad sumę gwarancyjną. W przypadku, gdy łączna wysokość roszczeń wynikających z wypadku jest wyższa niż suma gwarancyjna, Ubezpieczyciel pokrywa te koszty w takiej proporcji, w jakiej pozostaje suma gwarancyjna do wysokości roszczeń, niezależnie od liczby wdrożonych postępowań sądowych; wypłata przez Ubezpieczyciela sumy gwarancyjnej oraz obliczonej zgodnie z powyższą zasadą części kosztów zwalnia go z obowiązku dokonywania dalszych wypłat.
5. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 3), pokrywane są w ramach sumy gwarancyjnej.
6. Kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2 Ubezpieczyciel nie pokrywa, jeżeli z okoliczności wynika, że szkoda nie jest objęta ochroną ubezpieczeniową.

Wypłata odszkodowania

§ 26

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

§ 27

1. Suma odszkodowania wypłacona przez Ubezpieczyciela nie może być wyższa od poniesionej szkody.
2. Odszkodowanie pomniejszone jest o franszyzę redukcyjną, jeżeli została ona wprowadzona do umowy ubezpieczenia.

§ 28

1. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu wszczęte zostało postępowanie karne lub cywilne o wypłatę odszkodowania, Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od uzyskania dokumentu stwierdzającego wszczęcie postępowania (pisma, pozwu, postanowienia lub innego dokumentu) doręczyć ten dokument Ubezpieczycielowi. Ponadto Ubezpieczający obowiązany jest podjąć współpracę umożliwiającą wystąpienie przez Ubezpieczyciela z interwencją uboczną w celu: obrony przed nieuzasadnionym roszczeniem, zawarcia ugody lub uznania roszczenia. Ubezpieczyciel podejmuje decyzję o przystąpieniu do postępowania sądowego w granicach udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, o ile uzna za celowe przystąpienie do sporu w charakterze interwenienta ubocznego.
2. Ubezpieczający obowiązany jest doręczać Ubezpieczycielowi orzeczenia sądu w sprawach określonych w ust. 1 w terminie umożliwiającym mu wniesienia środka odwoławczego.
3. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego obowiązków określonych w ust. 1 lub 2 Ubezpieczyciel może podnieść przeciwko Ubezpieczającemu zarzuty wynikające z art. 82 Kodeksu postępowania cywilnego i w tym zakresie odmówić Ubezpieczającemu wypłaty odszkodowania.
4. Jeżeli przeciwko sprawcy wypadku wszczęte zostało postępowanie karne lub poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, a Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków wynikających z § 21 ust. 1 lub z § 28 ust. 1 lub 2, Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów, o których mowa w § 25 ust. 3 pkt 2 oraz odsetek i kosztów procesu zasądzonych w postępowaniu sądowym od Ubezpieczającego.

§ 29

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni zgłosić na piśmie – za pośrednictwem przedstawicielstwa Ubezpieczyciela – wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Regres ubezpieczeniowy

§ 30

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczającemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przechodzi na Ubezpieczyciela, jeśli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie wiadomości i dokumenty niezbędne dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela.

4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu szkód oraz w razie niewykonania obowiązków, o których mowa w ust. 3, wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczyciela może odmówić wypłaty odszkodowania Ubezpieczającemu w całości lub w części, a w przypadku, gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, podlega zwrotowi w całości lub w części.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 31

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, 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 za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Postanowienia końcowe

§ 32

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy ubezpieczenia zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane pod ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), adres do doręczeń elektronicznych, wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.
4. W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię 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, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania 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 ERGO Hestii.

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Kodeksu cywilnego.

§ 34

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.

§ 35

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.

1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:

Sposób złożenia reklamacji	Dodatkowe informacje
elektronicznie	1) przez formularz na stronie ERGO Hestii: www.ergohestia.pl 2) na adres ERGO Hestii do doręczeń elektronicznych AE: PL-58185-26619-SWDBT-23 (aktywny od 01.04.2025 r.)
telefonicznie	pod numerem: 58 555 5 555 lub 801 107 107
pisemnie	wysyłając list na adres siedziby ERGO Hestii: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot
ustnie lub pisemnie	podczas wizyty w jednostce organizacyjnej ERGO Hestii.

- 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 pocztą elektroniczną – na wniosek osoby, która zgłasza reklamację.
- 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają 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 osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
- 5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
- 6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
 - 1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaze reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 36

Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 37

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2025 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Artur Borowiński

**Wiceprezes Zarządu
ds. Ubezpieczeń
Korporacyjnych**



Adam Roman

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

Kto jest administratorem Pani/Pana danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Może się Pani/Pan z nami kontaktować:

1. pisemnie – wysłać list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
2. telefonicznie – zadzwonić pod numer: 801 107 107 lub 58 555 55 55,
3. elektronicznie – na adres do doręczeń elektronicznych AE: PL-58185-26619-SWDBT-23.

Kto jest inspektorem ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, który wspiera nas w realizacji obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych.

Może się z nim Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw, które Pani/Panu w tym zakresie przysługują:

1. pisemnie – wysyłając list na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
2. elektronicznie – na adres mailowy: iod@ergohestia.pl lub na adres do doręczeń elektronicznych AE: PL-58185-26619-SWDBT-23,
3. przez formularz kontaktowy – w sekcji Ochrona Danych Osobowych na www.ergohestia.pl.

W jakich celach przetwarzamy dane osobowe

CELE PRZETWARZANIA DANYCH	DODATKOWE INFORMACJE
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej oraz zawarcia umowy	Aby ustalić wysokość składki ubezpieczeniowej możemy stosować profilowanie . Decyzje związane z profilowaniem podejmujemy na podstawie: a) danych z poprzedniej umowy ubezpieczenia, b) informacji zebranych podczas tworzenia oferty i zawarcia umowy oraz c) danych uzyskanych z: Głównego Urzędu Statystycznego, Głównego Inspektoratu Transportu Drogowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, DateWise, CatNet, Aon Benfield, Google Maps, OpenStreetMap, Biura Informacji Kredytowej lub Krajowego Rejestru Długów (jeżeli udzieli Pani/Pan odrębną zgodę). Dane, które pozyskujemy, są adekwatne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Na przykład, im więcej szkód w historii, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym wyższa składka ubezpieczeniowa.
weryfikacja i zapewnienie poprawności danych identyfikacyjnych	Dane osób fizycznych, które prowadzą jednoosobową działalność gospodarczą, pozyskiwane z Głównego Urzędu Statystycznego, to: NIP, Regon, PKD, adresu rejestrowego siedziby działalności, formy prowadzonej działalności i daty jej rozpoczęcia.
reasekuracja ryzyk	Zmniejszamy ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową.
wykonanie umowy ubezpieczenia, m.in. likwidacja szkód	Aby ustalić ścieżkę likwidacji szkody, stosujemy profilowanie na podstawie danych zebranych podczas zgłoszenia szkody oraz informacji z naszych baz. Na przykład, jeśli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, szkoda może zostać zlikwidowana w uproszczony sposób, bez konieczności przeprowadzenia oględzin przez naszego przedstawiciela.
dochodzenie roszczeń	Jeśli między nami wystąpi spór, będziemy mogli dochodzić swoich roszczeń lub zdecydować się na przeniesienie wierzytelności innemu podmiotowi.
marketing bezpośredni własnych produktów i usług	Przeprowadzamy analizy Pani/Pana danych, aby lepiej się z Panią/Panem komunikować oraz stosować profilowanie, w tym tworzyć profile marketingowe.
przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym	Jeśli będzie to niezbędne, aby przeciwdziałać nadużyciom i zapobiegać wykorzystywaniu naszej działalności w celach przestępczych.

rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań	Rozpatrujemy reklamacje i odwołania, które dotyczą naszych usług, a także odpowiadamy na kierowane do nas wnioski i zapytania.
wypełnienie obowiązków, które wynikają z przepisów prawa	Między innymi w związku z sankcjami wprowadzanymi przez Organizację Narodów Zjednoczonych, Unię Europejską lub Stany Zjednoczone Ameryki Północnej.
analityka i statystyka	W ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej wykonujemy własne analizy i statystyki.
cele wyrażone w zgodzie	Jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę, będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe do celów określonych w zgłoszonej zgodzie (innych niż te wymienione powyżej).

Od kogo możemy pozyskać Pani/Pana dane osobowe, aby zawrzeć umowę na Pani/Pana rzecz

Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia na Pani/Pana rzecz, możemy uzyskać od ubezpieczającego takie dane osobowe jak imię, nazwisko, numer PESEL oraz dane kontaktowe.

Jaka jest podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych

1. **Niezbędność do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia**, objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy.
2. **Prawnie uzasadniony interes administratora danych**, m.in. marketing bezpośredni własnych usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę towarzystwa ubezpieczeń, ograniczenie ryzyka związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, analityka i statystyka.
3. **Wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych** (które wynikają z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej), m.in. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości oraz rozpatrywanie reklamacji związanych z raportowaniem do organów władzy publicznej, w tym organów nadzorczych oraz innych podmiotów.
4. **Uzasadniony interes strony trzeciej**, czyli podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należymy), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane.
5. **Zgoda** – jeśli została dobrowolnie wyrażona.

Jakim odbiorcom mogą być przekazywane Pani/Pana dane osobowe

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

- Podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na nasze zlecenie, m.in. dostawcom usług IT (w tym usług chmury obliczeniowej), agentom ubezpieczeniowym, podmiotom, które przeprowadzają postępowanie likwidacyjne lub świadczą usługi archiwizacyjne na naszą rzecz. Podmioty te przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z nami i zgodnie z naszymi instrukcjami,
- podmiotom, które windykują należności,
- zakładom reasekuracji,
- innym zakładom ubezpieczeń, jeśli udzieli Pani/Pan odrębną zgodę,
- innym podmiotom, jeśli udzieli Pani/Pan odrębną zgodę,
- innym administratorom danych w przypadku naszego prawnie uzasadnionego interesu.

Jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę, możemy przekazywać Pani/Pana dane innym zakładom ubezpieczeń w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz podmiotom z grupy kapitałowej ERGO Hestia w celu prowadzenia marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

Czy i na jakich zasadach możemy przekazać Pani/Pana dane osobowe poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG)

Możemy przekazać Pani/Pana dane osobowe poza Europejski Obszar Gospodarczy (dalej EOG) tylko wtedy, gdy będzie to konieczne oraz zapewni odpowiedni stopień ich ochrony.

Dane możemy przekazać do państwa trzeciego:

- o odpowiednim stopniu ochrony danych, stwierdzonym na podstawie decyzji Komisji Europejskiej lub
- z wykorzystaniem typowych klauzul umownych zatwierdzonych przez Komisję Europejską.

Odbiorcami danych w państwach trzecich mogą być:

- organy państwowe wyznaczone prawnie do gromadzenia danych o zdarzeniu lub
- organy państwowe, które prowadzą postępowanie związane ze zgłoszonym zdarzeniem na terenie tego państwa lub

- podmioty, które świadczą na terenie tego państwa usługi assistance lub inne usługi w celu pomocy osobie poszkodowanej lub ograniczenia skutków szkody.

Przekażemy Pani/Pana dane osobowe, jeśli będzie to niezbędne:

- do wykonania zawartej z Panią/Panem umowy,
- do wykonania umowy zawartej pomiędzy nami i inną osobą fizyczną lub prawną w interesie osoby, której dane osobowe dotyczą,
- do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.

Możemy zlecić wykonanie określonych usług bądź zadań informatycznych usługodawcom mającym siedzibę poza EOG pod warunkiem zachowania zasad ochrony danych. Może Pani/Pan zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia.

Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

1. **Prawo do wycofania zgody** – jeśli wycofa Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych, nie wpłynie to na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem.
2. **Prawo dostępu do danych osobowych** (informacji o przetwarzanych danych, kopii danych) oraz prawo do ich sprostowania (poprawiania), usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
3. **Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych** – może Pani/Pan wnieść sprzeciw wobec przetwarzania swoich danych osobowych, jeżeli przetwarzamy je na potrzeby marketingu bezpośredniego (w tym profilowania).
4. **Prawo do przenoszenia danych osobowych** – może Pani/Pan otrzymać swoje dane osobowe w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie, który nadaje się do odczytu maszynowego, oraz przesłać je do innego administratora.
5. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**, który zajmuje się ochroną danych osobowych.
6. **Prawo do otrzymania wyjaśnień dotyczących automatycznie podjętych decyzji** – jeśli stosujemy profilowanie, czyli podejmujemy decyzje automatycznie, ma Pani/Pan prawo:
 - otrzymać wyjaśnienia dotyczące podstawy podjętej decyzji,
 - zakwestionować tę decyzję,
 - wyrazić własne stanowisko,
 - zawnioskować o przeanalizowanie danych i podjęcie decyzji przez człowieka.

Aby skorzystać z tych praw, prosimy Panią/Pana o kontakt.

Jak długo będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe

Jeśli zawarliśmy umowę ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe będziemy przechowywać do momentu przedawnienia roszczeń związanych z umową ubezpieczenia lub do wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, które wynika z przepisów prawa, np. obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.

Jeśli nie zawarliśmy umowy ubezpieczenia, dane osobowe będziemy przechowywać do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.

Jeśli otrzymamy odpowiednią zgodę, dane osobowe będziemy wykorzystywać do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych) do momentu jej wycofania.

Dane będą przetwarzane w celach analitycznych i statystycznych przez 12 lat od dnia zakończenia umowy ubezpieczenia.

Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z umową ubezpieczenia jest konieczne do jej zawarcia i wykonywania oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Bez tych danych osobowych nie możemy zawrzeć umowy, przedstawić oferty ani przeprowadzić postępowania likwidacyjnego.

Jeśli podanie danych osobowych jest wymagane do rozpatrzenia reklamacji – to jeżeli nie zostaną one podane, nie będziemy mogli jej rozpatrzyć.

Podawanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

ERRATA

Niniejszą Erratą wprowadza się następujące zmiany w treści warunków ubezpieczenia Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie:

§ 1

Zmienia się postanowienie dotyczące składania reklamacji poprzez formularz na stronie internetowej na następujące:

1. Reklamację można złożyć poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl/reklamacja.

§ 2

Zmienia się postanowienia dotyczące formy i sposobu udzielenia odpowiedzi na następujące:

1. Reklamacja zostanie rozpatrzona i odpowiedź zostanie udzielona w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Forma udzielenia odpowiedzi odpowiada formie zgłoszenia reklamacji, a odpowiedź zostanie udzielona w następujący sposób:
 - a) jeżeli reklamacja została złożona w postaci elektronicznej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci elektronicznej na ten sam adres do doręczeń elektronicznych lub za pośrednictwem tego samego środka komunikacji elektronicznej,
 - b) jeżeli reklamacja została złożona w postaci papierowej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci papierowej,
 - c) jeżeli reklamacja została zgłoszona telefonicznie, ustnie lub przez formularz internetowy, odpowiedź zostanie udzielona w formie wskazanej przez osobę zgłaszającą reklamację (w postaci papierowej lub elektronicznej),
2. Osoba składająca reklamację zawsze może wskazać sposób udzielenia odpowiedzi na nią (na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej lub na adres do doręczeń elektronicznych albo w postaci papierowej).

§ 3

Niniejsza Errata została zatwierdzona Uchwałą Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. nr WS 03/2026 z dnia 27 stycznia 2026 roku. Postanowienia niniejszej Erraty obowiązują i mają zastosowanie od dnia 13.02.2026 r.