



Ubezpieczenie Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą



- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Best Doctors® – organizacja

i leczenie za granicą

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

ERGO
HESTIA

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo
Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Best Doctors® -
organizacja i leczenie za granicą

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Best Doctors® - organizacja i leczenie za granicą** z dnia 24 września 2018 r. (kod: PAT/OW074/1809). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie dotyczące organizacji i pokrycia kosztów leczenia za granicą na podstawie drugiej opinii medycznej w przypadku wystąpienia poważnych stanów chorobowych (ubezpieczenie osobowe grupa 1 i 2 z załącznika II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, obejmujące ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej oraz ubezpieczenia choroby).



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów leczenia za granicą;
- ✓ Ubezpieczenie kierowane jest do aktywnych pracowników Ubezpieczającego i ich partnerów mających stałe miejsce zamieszkania na terenie RP, które nie ukończyły 65 roku życia oraz zależnych dzieci poniżej 35 roku życia oraz noworodków starszych niż 30 dni w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia;
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje leczenie następujących poważnych stanów chorobowych: leczenie nowotworu złośliwego, raka nieinwazyjnego lub raka in situ, pomostowanie aortalno-wieńcowe, bypass (rewaskularyzacja mięśnia sercowego), wymiana lub naprawa zastawki serca, neurochirurgia (interwencja chirurgiczna w mózgu oraz leczenie nowotworów łagodnych znajdujących się w rdzeniu kręgowym), przeszczep narządów żyjącego dawcy, przeszczep szpiku kostnego;
- ✓ Powyższe poważne stany chorobowe są objęte zakresem ubezpieczenia, o ile spełnione zostaną łącznie warunki: leczenie i zabieg medyczny przeprowadzone jest w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, diagnoza prowadząca do rozpoczęcia leczenia lub wykonania zabiegu medycznego została potwierdzona przez usługę InterConsultation™, zabieg stanowi konieczność medyczną, koszty leczenia są objęte zakresem ubezpieczenia i mieszczą się w sumie ubezpieczenia i limitach określonych w umowie ubezpieczenia, leczenie jest organizowane przez Best Doctors®, koszty leczenia są ponoszone poza granicami RP;
- ✓ Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje koszty medyczne, koszty podróży i transportu medycznego, koszty zakwaterowania, koszty repatriacji, koszty leków, dzienne świadczenie szpitalne;
- ✓ Suma ubezpieczenia wynosi 1 000 000 EUR w roku polisowym lub do 2 000 000 EUR w całym życiu Ubezpieczonego.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Kosztów związanych z leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych ubezpieczeniem;
- ✗ Nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS);
- ✗ Nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego;
- ✗ Leczenia choroby niedokrwiennej serca z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych np. wszelkiego rodzaju angioplastyki;
- ✗ Przeszczepów, w których potrzeba przeszczepu jest konsekwencją alkoholowego uszkodzenia wątroby;
- ✗ Błędów wynikających z ataku komputerowego, hakerskiego i ataku DDoS;
- ✗ Kosztów opieki zdrowotnej związanej z alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających albo wprowadzeniem się w stan nietrzeźwości lub po użyciu substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
- ✗ Organizacji i pokrycia kosztów leczenia lub procedur diagnostycznych poważnego stanu chorobowego na terytorium RP;
- ✗ Przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste i samoprzeszczepy (autotransplantacja);
- ✗ Przeszczepów od zmarłego dawcy;
- ✗ Przeszczepów narządów zakupionych lub możliwych do zakupu od dawcy;
- ✗ Przeszczepów, w którym Ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej;
- ✗ Leczenia stanu chorobowego będącego wynikiem nieudanej próby samobójczej Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, kosztów lub leczenia związanego z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Odpowiedzialność ERGO Hestii podlega ograniczeniom w zakresie:

- ! Szkody Chorób lub urazów powstałych w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencje reakcji jądrowych, jak również związane z ogłoszonymi przez władze państwowe epidemiami;
- ! Kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub krewnych, osoby towarzyszącej z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- ! Kosztów poniesionych z tytułu zakwaterowania lub na transport zorganizowany samodzielnie przez Ubezpieczonego, osobę trzecią Ubezpieczonemu lub dawcę narządów;
- ! Kosztów tłumacza lub tłumaczenia, z wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie leczenia za granicą oraz z wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia InterConsultation™;

		! Pokrycia kosztów zakupu protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących, ortopedycznych, materiałów opatrunkowych, peruki, z wyjątkiem protez piersiowych i zastawek serca wymaganych w związku z operacją zorganizowaną i opłaconą na podstawie umowy; ! Organizacji i pokrycia kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą RP, jeżeli w momencie rozpoznania tego stanu lub zgłoszenia roszczenia Ubezpieczycielowi Ubezpieczony nie posiadał stałego miejsca zamieszkania na terytorium RP;
	Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?	✓ Poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
	Co należy do obowiązków ubezpieczonego?	Jeżeli ubezpieczony jest równocześnie ubezpieczającym: – przy zawieraniu umowy obowiązany jest podać do wiadomości STU ERGO Hestia S.A. wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywała we wniosku przed zawarciem umowy; – obowiązany jest do opłacenia składki; – w czasie trwania umowy obowiązany jest zgłaszać wszelkie zmiany adresu zamieszkania bądź siedziby; – obowiązany jest do udzielenia podpisanego upoważnienia do żądania badań diagnostycznych i informacji medycznych od podmiotów prowadzących działalność leczniczą; – w przypadku zgłoszenia świadczenia zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym STU ERGO Hestia S.A. w celu podania niezbędnych danych do przyjęcia zgłoszenia. Jeżeli ubezpieczony nie jest równocześnie ubezpieczającym: – przy zawieraniu umowy obowiązany jest podać do wiadomości STU ERGO Hestia S.A. wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywała we wniosku przed zawarciem umowy; – w czasie trwania umowy obowiązany jest zgłaszać wszelkie zmiany adresu zamieszkania bądź siedziby; – obowiązany jest do udzielenia podpisanego upoważnienia do żądania badań diagnostycznych i informacji medycznych od podmiotów prowadzących działalność leczniczą; – w przypadku zgłoszenia świadczenia zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym STU ERGO Hestia S.A. w celu podania niezbędnych danych do przyjęcia zgłoszenia.
	Jak i kiedy należy opłacać składki?	Składkę lub jej pierwszą ratę należy opłacić w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia w formie przelewu lub przekazu pocztowego na wskazany rachunek bankowy Ubezpieczyciela lub w urzędzie pocztowym.
	Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?	Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia i trwa jeden rok, pod warunkiem opłacenia składki lub jej pierwszej raty, a kończy się z upływem okresu ubezpieczenia. Natomiast niezapłacenie kolejnej raty składki w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia oraz brak zapłaty w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania, spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
	Jak rozwiązać umowę?	Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni. 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 dowiedział się o tym prawie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie. Ubezpieczony, który złożył deklarację zgody, w każdym czasie na piśmie może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie o cofnięciu zgody na objęcie ubezpieczeniem, skutkujące zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem miesiąca, w którym oświadczenie w tym przedmiocie zostało złożone Ubezpieczycielowi.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą

PAT/OW074/1809

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	3
Postanowienia ogólne	5
Definicje	5
Przedmiot ubezpieczenia	7
Zakres ubezpieczenia	8
Koszty objęte ubezpieczeniem	9
Wyłączenia odpowiedzialności	11
Sposób zawierania umowy ubezpieczenia	13
Suma ubezpieczenia	14
Zgłaszanie roszczeń	14
Przystąpienie do umowy ubezpieczenia na zasadach grupy	15
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	16
Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej	17
Odstąpienie i rozwiązanie stosunku ubezpieczeniowego	17
Zawarcie umowy na cudzy rachunek	18
Postanowienia końcowe	18
Oświadczenie Administratora Danych Osobowych	20

Poniższa tabela informuje, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą, 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:
§ 2; § 3; § 4; § 5; § 8; § 10.	§ 2; § 6; § 7(3); § 8; § 9; § 11.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia (zwanych dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”) Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie, zwana dalej „Ubezpieczycielem” lub „ERGO Hestia”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z przedsiębiorcami oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”, na rachunek Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.

Definicje

§ 2

Dla niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia zastosowanie mają poniższe definicje:

POJĘCIE	CO OZNACZA?
1. akt terroryzmu	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych, religijnych lub społecznych lub użycie broni biologicznej, chemicznej lub jądrowej.
2. atak komputerowy, hakerski (cracking)	nielegalne działania i uzyskanie nieautoryzowanego dostępu do danych Ubezpieczonego przez nieuprawnione osoby, w tym rozproszony atak DDoS.
3. atak DDoS	atak na system komputerowy ubezpieczającego lub usługę sieciową, przeprowadzony przez osoby będące poza stosunkiem ubezpieczenia w celu uniemożliwienia działania poprzez zajęcie wszystkich wolnych zasobów, przeprowadzony równocześnie z wielu źródeł.
4. aktywny pracownik	osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu, oraz osoba zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia wskazuje, że zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa).
5. Best Doctors®	BDUI Underwriting International, S.L.U. (z siedzibą w Hiszpanii, Calle de Hortaleza 104, 28004 Madryt), podmiot, któremu Ubezpieczyciel powierzył prowadzenie obsługi procesu organizacji i leczenia za granicą poprzez świadczenie usług medycznych InterConsultation™ oraz FindBestCare®.
6. Certyfikat leczenia za granicą	pisemna zgoda wydana przez Best Doctors® w imieniu Ubezpieczyciela, na pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego w placówce medycznej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wybranej przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych mu przez Best Doctors®.
7. członek Grupy	osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
8. eksperyment kliniczny	zastosowanie przez lekarza nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod medycznych (diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych) w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby leczonej, przeprowadzonych w sytuacji, gdy stosowane dotychczas metody medyczne nie są skuteczne lub ich skuteczność nie jest wystarczająca.
9. FindBestCare® (opieka medyczna za granicą)	świadczenie, w którym Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors® wskazuje Ubezpieczonemu informacje o maksymalnie trzech placówkach medycznych kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w raporcie eksperta dalszego leczenia poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz organizuje i pokrywa koszty (z uwzględnieniem limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 8) leczenia poważnego stanu chorobowego, podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok. Świadczenie FindBestCare® jest należne Ubezpieczonemu, o ile raport eksperta wydany w ramach świadczenia InterConsultation™ potwierdzi wystąpienie poważnego stanu chorobowego.

POJĘCIE	CO OZNACZA?
10. hospitalizacja	leczenie w szpitalu znajdującym się poza granicą Rzeczypospolitej Polskiej, dalej „RP”, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
11. InterConsultation™ (druga opinia medyczna)	wydanie Ubezpieczonemu raportu opartego na analizie dokumentacji medycznej zdiagnozowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzanego przez eksperta (uprawnionego lekarza konsultanta).
12. karencja	okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia.
13. kwestionariusz zdrowotny	formularz wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, na podstawie którego Ubezpieczyciel dokonuje analizy ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku osób nieletnich formularz powinien zostać wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego.
14. leczenie eksperymentalne	leczenie, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, leki i produkty farmaceutyczne, przeznaczone do celów medycznych lub chirurgicznych, które nie zostały powszechnie uznane za bezpieczne, skuteczne i właściwe w leczeniu chorób lub urazów, lub które są w trakcie badań, testów lub w jakimkolwiek stadium eksperymentu klinicznego.
15. lekarz	osoba posiadająca wiedzę i uprawnienia do leczenia ludzi oraz formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonującą zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
16. lekarz konsultant	osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny, praktykująca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uznana za specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, której doświadczenie odpowiada specyfice stanu zdrowia Ubezpieczonego. Lekarz konsultant będzie wskazywany przez Best Doctors®, z uwzględnieniem specyfiki zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, specjalności lekarskiej oraz jego doświadczenia.
17. leki	każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy, możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
18. małżonek Ubezpieczonego	osoba, z którą ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
19. medycyna alternatywna	systemy, procedury i produkty związane z medycyną i opieką medyczną, nienależące do medycyny konwencjonalnej.
20. medycyna eksperymentalna	wszystkie procedury medyczne, które nie zawierają się w ogólnie przyjętej praktyce medycznej, lub które nie są nauczane w uczelniach medycznych lub instytucjach edukacyjnych lub oczekujące na oficjalne uznanie przez odpowiednie władze państwowe lub będące w fazie badań.
21. nowotwór złośliwy	rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek.
22. okres ubezpieczenia	kolejne 12 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.
23. osoba towarzysząca	osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia i podróży.
24. osoby zależne	małżonek lub partner Ubezpieczonego lub niepozostające w związku małżeńskim dziecko Ubezpieczonego (pozostające na jego utrzymaniu), w tym dziecko, pasierb lub prawnie przysposobione dziecko. Małżonek lub partner Ubezpieczonego lub niezamężne dziecko muszą dzielić główne miejsce zamieszkania z Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczyciel zaakceptuje inne postanowienia. Termin „osoba zależna” nie obejmuje dziecka, które ukończyło 18 rok życia i nie zawarło związku małżeńskiego, z wyjątkiem sytuacji, gdy: a) nie ukończyło 35 roku życia oraz b) nie jest zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy ani nie prowadzi działalności gospodarczej na zasadzie samozatrudnienia lub c) jest studentem studiów dziennych lub pozostaje na utrzymaniu Ubezpieczonego bądź na utrzymaniu małżonka lub partnera Ubezpieczonego.
25. OWU	niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia Best Doctors® – organizacja i leczenie za granicą
26. partner	osoba wskazana przez pracownika jako osoba z nim niespokrewniona, pozostająca z pracownikiem w nieformalnym związku, prowadząca z pracownikiem wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu składania Ubezpieczycielowi oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią.
27. placówka medyczna	szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska działająca legalnie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
28. polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.

POJĘCIE	CO OZNACZA?
29. poważny stan chorobowy	a) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, raka nieinwazyjnego lub raka in situ wymagającego leczenia lub potrzeby przeprowadzenia: b) zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych, c) zabiegu kardiochirurgicznego wymiany zastawki, d) zabiegu neurochirurgicznego lub e) przeszczepu od żywego dawcy narządów, szczegółowo opisane w § 4 ust. 2 OWU.
30. proteza	sztuczne urządzenie uzupełniające brakujące części ciała lub narządu.
31. przestępstwo	czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia pod groźbą kary jako zbrodnia lub występki, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy, stwierdzony prawomocnym wyrokiem sądu.
32. recepta	pisemne zlecenie lekarskie, na którego podstawie apteka sporządza lekarstwa lub wydaje leki gotowe.
33. raport eksperta	opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzona przez lekarza konsultanta w ramach świadczenia InterConsultation™, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
34. rak nieinwazyjny lub rak in situ	złośliwy nowotwór ograniczający się do nabłonka, nieatakujący zrębu lub otaczającej go tkanki.
35. szpital	zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym, poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodków pomocy społecznej, domu opieki, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów.
36. transport medyczny	transport Ubezpieczonego zalecany przez lekarza konsultanta, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu.
37. dziecko	dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, zwane również Ubezpieczonym.
38. Ubezpieczający	osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną zawierająca umowę ubezpieczenia.
39. Ubezpieczony	osoba fizyczna, posiadająca miejsce stałego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
40. usługa medyczna i chirurgiczna	usługa świadczona w ramach opieki zdrowotnej realizowana w obszarze medycyny.
41. zabieg kardiochirurgiczny wymiany zastawki	operacja kardiochirurgiczna na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie jednej lub więcej zastawek serca; zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u Ubezpieczonego u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, co zostało potwierdzone wynikiem badań hemodynamicznych i echokardiograficznych.
42. zabieg neurochirurgiczny	dowolna operacja chirurgiczna mózgu i/lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, z wyłączeniem kraniotomii, jeżeli jest konsekwencją wypadku, leczenie nowotworów łagodnych znajdujących się w rdzeniu kręgowym.
43. zabieg operacyjny naczyń wieńcowych	zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzany na otwartym sercu polegający na pomostowaniu co najmniej dwóch tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przełyków omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone badaniem angiograficznym.
44. zdarzenie ubezpieczeniowe	zgłoszenie do Ubezpieczyciela w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej potrzeby skorzystania z świadczenia InterConsultation™ lub potrzeby leczenia za granicą poważnego stanu chorobowego, określonego w § 4 OWU. Poważny stan chorobowy musi być spowodowany chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i poza okresem karencji, o którym mowa w § 3 ust. 3, Ubezpieczyciel, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 6, organizuje i pokrywa koszty leczenia i usług medycznych w przypadku wystąpienia poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ubezpieczenia, o ile spełnione zostaną łącznie poniższe warunki:

- a) leczenie lub zabieg medyczny przeprowadzane jest w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 10 ust. 5 ;
 - b) diagnoza prowadząca do rozpoczęcia leczenia lub wykonania zabiegu medycznego została potwierdzona przez usługę InterConsultation™;
 - c) zabieg stanowi konieczność medyczną (zabieg niezbędny z medycznego punktu widzenia, mający na celu wyleczenie lub zmniejszenie objawów poważnego stanu chorobowego)
 - d) koszty leczenia są objęte zakresem ubezpieczenia zgodnie z § 5 OWU oraz mieszczą się w sumie ubezpieczenia i limitach określonych w § 8;
 - e) leczenie jest organizowane przez Best Doctors® zgodnie z procedurą zgłaszania roszczeń określoną w § 9;
 - f) koszty leczenia są ponoszone poza granicami RP, z wyjątkiem kosztów leków jak wskazano w § 5 ust. 5.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia (okres karencji).

Zakres ubezpieczenia

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

1. Pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów opisanych w § 5 OWU, sporządzenie drugiej opinii medycznej (InterConsultation™) oraz organizację opieki medycznej za granicą (FindBestCare®), realizowane w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 10 pkt 5 OWU, w przypadku potwierdzenia przez lekarza konsultanta poważnego stanu chorobowego.
2. Leczenie poniższych chorób oraz wykonanie następujących procedur medycznych:
 - 1) Leczenie nowotworu złośliwego, **raka nieinwazyjnego lub raka in situ**:
 - a) każdego nowotworu złośliwego, z wyjątkiem chłoniaka skórniego, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem, rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek i inwazją tkanek,
 - b) każdego raka in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek,
 - c) wszelkich zmian przedrakowych w komórkach, które są cytologicznie lub histologiczno-patologicznie klasyfikowane jako obszary wysokiego stopnia dysplazji lub poważna dysplazja.
 - 2) Pomostowanie aortalno-wieńcowe, bypass (rewaskularyzacja mięśnia sercowego)
Poddanie się, za radą lekarza konsultanta o specjalizacji kardiolog, operacji polegającej na wytworzeniu pomostów naczyniowych (by-pass'ów) w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej.
 - 3) Wymiana lub naprawa zastawki serca
Poddanie się, za radą lekarza konsultanta o specjalizacji kardiolog, operacji polegającej na wymianie lub naprawie co najmniej jednej zastawki serca.
 - 4) Neurochirurgia:
 - a) każda interwencja chirurgiczna w mózgu lub w strukturach wewnątrzczaszkowych,
 - b) leczenie nowotworów łagodnych znajdujących się w rdzeniu kręgowym.
 - 5) Przeszczep narządów od żyjącego dawcy
Chirurgiczny przeszczep, w trakcie którego Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płuc lub część trzustki od żywego dawcy.

6) Przeszczep szpiku kostnego

Transplantacja komórek szpiku kostnego do Ubezpieczonego, pochodzących od:

- a) Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego); lub
- b) od żyjącego kompatybilnego dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Koszty objęte ubezpieczeniem

§ 5

Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące koszty:

1. Koszty medyczne

- 1) Ponośzone przez szpital koszty:
 - a) pobytu w pokoju, sali lub na oddziale szpitalnym bądź na oddziale intensywnej terapii,
 - b) dodatkowego łóżka związanego z pobytem osoby towarzyszącej w szpitalu, o ile szpital udostępnia taką usługę,
 - c) wyżywienia podczas hospitalizacji,
 - d) usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - e) wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej.
- 2) Koszty poniesione przez klinikę chirurgii / leczenia jednego dnia lub przychodnię, jednak wyłącznie w przypadku, gdy leczenie, operacja, lub koszty leków stosowanych na podstawie recepty byłyby objęte niniejszą umową.
- 3) Dotyczące następujących usług medycznych i chirurgicznych, zabiegów lub leków wskazanych na receptę:
 - a) opieki anestezyjologicznej obejmującej przygotowanie Ubezpieczonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
 - b) badań laboratoryjnych, badań diagnostycznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, radioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramu, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz innych badań zleconych przez lekarza w celu rozpoznania i leczenia poważnego stanu chorobowego określonego w niniejszych OWU.
 - c) zabiegów zleconych przez lekarzy, w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej.
- 4) Koszty leków stosowanych na podstawie recepty wystawionej przez lekarza w czasie hospitalizacji Ubezpieczonego w związku z leczeniem poważnego stanu chorobowego objętego ubezpieczeniem. Koszty leków związanych z leczeniem pooperacyjnym pokrywane są przez okres 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego etapu leczenia przeprowadzonego poza terytorium RP oraz wyłącznie w przypadku, gdy zostały one zakupione przed powrotem do RP.
- 5) Koszty przewozu i transportu ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, jeśli ich użycie jest wskazane i zalecone przez lekarza konsultanta oraz zatwierdzone przez Best Doctors®.
- 6) W przypadku przeszczepu od dawcy:
 - a) koszty procedury szukania potencjalnych dawców,
 - b) koszty usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, tj.: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji, obsługi personelu medycznego, zleconych przez lekarza badań laboratoryjno-diagnostycznych,
 - c) koszty operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego.

- 7) Koszty usług i materiałów dostarczonych na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanki u Ubezpieczonego. Pokrywane będą jedynie koszty poniesione od daty wydania Certyfikatu leczenia za granicą.

2. Koszty podróży i transportu medycznego

- 1) Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty transportu Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz, w przypadku przeszczepu, żyjącego dawcy, do miejsca, w którym znajduje się placówka medyczna wybrana przez Ubezpieczonego spośród placówek wskazanych przez Best Doctors® oraz ich powrót do RP. Podróż musi być zorganizowana przez Best Doctors®, a ubezpieczenie nie obejmuje żadnych kosztów podróży zorganizowanej przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.
- 2) Best Doctors® ustala termin podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia i informuje o tym ubezpieczonego najpóźniej na jeden dzień przed podróżą.
- 3) W przypadku gdy Ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego i bez uzgodnienia z Best Doctors® zmieni termin podróży, będzie zobowiązany do zwrotu Ubezpieczycielowi kosztów związanych z organizowaniem i zapewnieniem odpowiednich warunków podróży.
- 4) Koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - a) transport z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego,
 - b) bilet na pociąg lub bilet lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu,
 - c) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego,
 - d) bilet na pociąg lub bilet lotniczy w klasie ekonomicznej, a następnie transport do miasta, w którym Ubezpieczony ma stały adres zamieszkania.

3. Koszty zakwaterowania

- 1) Ubezpieczenie obejmuje koszty zakwaterowania Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz żyjącego dawcy, w przypadku przeszczepu poza granicami RP, w związku z ich pobytem w miejscu leczenia poważnego stanu chorobowego. Zakwaterowanie musi być zorganizowane przez Best Doctors, a ubezpieczenie nie obejmuje kosztów zakwaterowania organizowanego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego.
- 2) Best Doctors® ustala okres zakwaterowania na podstawie uzgodnionego planu leczenia i przekazuje Ubezpieczonemu informację najpóźniej na jeden dzień przed podróżą.
- 3) W przypadku, gdy Ubezpieczony bez uzasadnienia medycznego i bez uzgodnienia z Best Doctors® zmieni datę zakwaterowania, będzie zobowiązany do zwrotu Best Doctors® kosztów związanych z wprowadzonymi zmianami warunków zakwaterowania.
- 4) Ustalenia dotyczące zakwaterowania dla ubezpieczonego i osoby towarzyszącej obejmują:
 - a) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy – lub czterogwiazdkowym, ze śniadaniem; wybrany zostanie hotel znajdujący się bliżej placówki medycznej, odległość nie powinna przekraczać 10 km;
 - b) podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego we własnym zakresie.

4. Koszty repatriacji

- 1) W przypadku zgonu Ubezpieczonego (lub dawcy w przypadku przeszczepu) podczas organizowanego przez Best Doctors® procesu leczenia za granicą RP, Best Doctors® organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium RP.
- 2) Koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu na terytorium RP.

5. Koszty leków

- 1) W ramach kontynuacji procesu leczenia organizowanego przez Best Doctors®, gdy Ubezpieczony był hospitalizowany poza granicami RP przez okres dłuższy niż 3 dni, Best Doctors® zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup leków po powrocie na terytorium RP, jeśli spełnione są łącznie następujące kryteria:
 - a) leki zostały zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą RP jako konieczna kontynuacja prowadzonego leczenia,
 - b) leki są dopuszczone do obrotu na terytorium RP,
 - c) leki zostały przepisane przez lekarza pracującego na terytorium RP,
 - d) leki zostały zakupione na terytorium RP przez Ubezpieczonego,
 - e) każda recepta obejmuje dawkę pozwalającą na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje następujących kosztów:
 - a) leków w części refundowanej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - b) procedur medycznych związanych z podawaniem leku,
 - c) poniesionych na zakup leków, jeżeli faktury zostaną przedstawione po upływie 180 dni od daty zakupu.

W celu uzyskania zwrotu kosztów medycznych, ubezpieczony jest zobowiązany przedstawić Ubezpieczycielowi kopię recepty, oryginał faktury oraz potwierdzenie zapłaty oraz wskazać, czy któreś z kosztów podlegały refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Dienne świadczenie szpitalne:

- 1) Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas leczenia Ubezpieczonego za granicą RP, w kwocie określonej w umowie ubezpieczenia,
- 2) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) powyżej za okres nieprzekraczający 60 dni dla każdego roszczenia, które rozpocznie się w okresie ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

1. Wyłączenia ogólne

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - a) koszty związane z leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych ubezpieczeniem,
 - b) choroby lub urazy powstałe w wyniku wojen, aktów terroryzmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencje reakcji jądrowych, jak również związane z ogłoszonymi przez władze państwowe epidemiami,
 - c) błędy wynikającymi z ataku komputerowego, hakerskiego i ataku DDoS,
 - d) koszty opieki zdrowotnej związanej z alkoholizmem, uzależnieniem od narkotyków lub środków odurzających albo wprowadzeniem się w stan nietrzeźwości lub po użyciu substancji psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych,
 - e) leczenie stanu chorobowego będącego wynikiem nieudanej próby samobójczej Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczania na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, koszty lub leczenie związane z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.

2. Wyłączenia medyczne

Ubezpieczyciel oraz Best Doctors® nie ponoszą odpowiedzialności za:

- 1) korzystanie z metod medycyny eksperymentalnej i poddawanie się leczeniu eksperymentalnemu,
- 2) procedury medyczne wymagane w związku z AIDS (zespołem nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzkim wirusem niedoboru odporności) lub chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego), lub jakiegokolwiek leczenie AIDS lub HIV,
- 3) usługi, które nie zostały wskazane w raporcie InterConsultation™ przez lekarza konsultanta jako konieczne do leczenia poważnego stanu chorobowego,
- 4) opłaty za organizację oraz leczenie chorób objętych ubezpieczeniem inną metodą niż rekomendowana w raporcie eksperta medycznego, jeżeli w raporcie eksperta medycznego rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu,
- 5) pokrycie kosztów organizacji, świadczeń lub leczenia na terytorium RP, jeżeli były związane z komplikacjami po przeszczepie objętego zakresem ubezpieczenia.

3. Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) organizację i pokrycie kosztów leczenia lub procedur diagnostycznych poważnego stanu chorobowego na terytorium RP, z wyjątkiem kosztów leków zakupionych i podawanych na terytorium RP zgodnie z § 5 ust. 5,
- 2) organizację i pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego za granicą RP, jeżeli w momencie rozpoznania tego stanu lub zgłoszenia roszczenia Ubezpieczycielowi Ubezpieczony nie posiadał stałego miejsca zamieszkania na terytorium RP,
- 3) koszty poniesione przed wydaniem Certyfikatu leczenia za granicą,
- 4) koszty poniesione w innym szpitalu niż ten wskazany w Certyfikacie leczenia za granicą, do którego został skierowany Ubezpieczony,
- 5) koszty poniesione w związku z okresem rekonwalescencji po zabiegach operacyjnych oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji hospicjum lub domu pomocy społecznej,
- 6) pokrycie kosztów zakupu protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego), materiałów opatrunkowych, peruki, z wyjątkiem protez piersiowych i zastawek serca wymaganych w związku z operacją zorganizowaną i opłaconą na podstawie niniejszej umowy,
- 7) koszt leków, które nie zostały dopuszczone do obrotu przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub które są dostępne bez recepty w RP,
- 8) koszty leczenia w ramach medycyny alternatywnej i eksperymentalnej nawet jeśli zostało przepisane lub zalecane przez lekarza podczas leczenia poważnego stanu chorobowego,
- 9) koszty świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych spowodowanych starością, zmian demielinizacyjnych, naczyniowych i urazowych mózgu, upośledzenia funkcji mózgu skutkującymi zaburzeniami psychicznymi, niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania,
- 10) koszty tłumacza i tłumaczenia, z wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie leczenia za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia InterConsultation™,
- 11) koszty poniesione na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej,
- 12) koszty poniesione przez ubezpieczonego lub krewnych, osoby towarzyszącej z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem,
- 13) koszty z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ubezpieczonego, osobę trzecią Ubezpieczonemu lub dawcę narządów.

4. Choroby i procedury medyczne nieobjęte ubezpieczeniem

- 1) W przypadku leczenia nowotworu złośliwego zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS),
 - b) nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego.
- 2) W przypadku operacji pomostowania tętnicy wieńcowej zakres ochrony nie obejmuje leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych, np. wszelkich rodzajów angioplastyki.
- 3) W przypadku przeszczepu narządów od żyjącego dawcy zgodnie z § 4 ust. 5, zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) przeszczepu, w którym potrzeba przeszczepu jest konsekwencją alkoholowego uszkodzenia wątroby,
 - b) przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste i samoprzyszczepów (autotransplantacji),
 - c) przeszczepu od zmarłego dawcy,
 - d) przeszczepu narządów zakupionych lub możliwych do zakupu od dawcy,
 - e) przeszczepu, w którym ubezpieczony jest dawcą dla osoby trzeciej.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie kwestionariusza zdrowotnego, o którym mowa w ust. 3 poniżej. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwa oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) lista osób przystępujących do ubezpieczenia, jeżeli umowa zawierana jest na cudzy rachunek.
3. Pytania ubezpieczeniowe zawarte w kwestionariuszu zdrowotnym:
 - A) Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat znajdował się Pan/Pani w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania któregośkolwiek z następujących stanów chorobowych:
 - a) każdy zdiagnozowany rak lub odkrycie słabo zróżnicowanych (niedojrzałych) komórek, w tym zmiany przedzłośliwe, leukoplakia, przetyk Barretta, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Crohna,
 - b) zdiagnozowane: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienności serca, cukrzyca, kardiomiopatia,
 - c) zdiagnozowane: wada zastawki serca, miażdżyca,
 - d) zdiagnozowane: udar mózgu (włączając TIA), nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (w tym mózgu i rdzenia kręgowego), tętniak wewnętrzny, nowotwory łagodne rdzenia kręgowego,
 - e) zdiagnozowane: nowotwór złośliwy krwi (w tym białaczka, chłoniak, szpiczak mnogiej) i/lub choroby niedoboru odporności,
 - f) zdiagnozowane: niewydolność nerek lub istniejąca wcześniej niewydolność nerek z podwyższonym stężeniem kreatyniny w surowicy, wielotorbielowatość nerek, marskość wątroby, stwardniające zapalenie dróg żółciowych, zespół Budd-Chiari, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza, włóknienie płuc (kryptogenne i alergiczne).
 - B) Czy obecnie oczekuje Pani/Pan na wyniki badań diagnostycznych w zakresie objawów któregośkolwiek z powyższych stanów?

4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku i w kwestionariuszu zdrowotnym, Ubezpieczyciel podejmuje decyzję o:
- 1) zawarciu umowy ubezpieczenia
 - 2) odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. Ubezpieczyciel w okresie trwania umowy ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w tabeli poniżej, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.
2. Suma ubezpieczenia wskazana w umowie ubezpieczenia odnosi się łącznie do wszystkich świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych – w danym roku polisowym.
3. Suma ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 wyrażone w EUR przeliczane są na waluty, w których poniesiono dany koszt według średniego kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień, w którym koszty zostały poniesione.
4. W razie przedłużania umowy na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie świadczenia, realizowane z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z przedłużaniem umowy ubezpieczenia, w całym życiu Ubezpieczonego wynosi 2 000 000 EUR (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego osoby towarzyszącej oraz dawcy narządów).

Opis świadczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów na poszczególne świadczenia
1. całkowita odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia (w tym koszty podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok)	1 000 000 EUR w roku polisowym (łączny limit na leczenie i świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz dawcy narządów) lub do 2 000 000 EUR w całym życiu Ubezpieczonego
1a. koszty podróży lub transportu medycznego	
1b. koszty zakwaterowania	
1c. repatriacja zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej	
2. dzienne świadczenie szpitalne	100 EUR za dzień, nie dłużej niż przez 60 dni dla jednego roszczenia
3. koszty leków	50 000 EUR w całym życiu Ubezpieczonego

Zgłaszanie roszczeń

§ 9

1. InterConsultation™ (Druga opinia medyczna)

- 1) W sytuacji zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby powodującej konieczność przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego, Ubezpieczony w celu zgłoszenia świadczenia zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym Ubezpieczyciela pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub (58) 555 6 555 lub (58) 555 5 555 oraz podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko,
 - b) PESEL,
 - c) numer polisy,
 - d) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - e) datę zdiagnozowania poważnego stanu chorobowego lub choroby będącej przyczyną konieczności przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego oraz rodzaj poważnego stanu chorobowego.
- 2) Ubezpieczony zostanie następnie pisemnie poinformowany przez Best Doctors® o krokach, jakie należy podjąć w celu uzyskania pełnego świadczenia InterConsultation™, takich jak udzielenie przez Ubezpieczonego Best Doctors® podpisanego upoważnienia do żądania badań diagnostycznych i informacji medycznych od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie przewidzianym Ustawą z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1844 z późn. zm.). Formularze, które musi uzupełnić Ubezpieczony w celu otrzymania świadczenia, zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego.
 - 3) W ciągu 14 dni liczonych od daty udostępnienia informacji medycznych do wglądu, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors® doręcza Ubezpieczonemu raport eksperta InterConsultation™. Ponadto Ubezpieczyciel wskazuje, czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia FindBestCare® na podstawie wniosków z raportu eksperta.
 - 4) Jeżeli Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie Best Doctors® i zdecyduje się on na leczenie poważnego stanu chorobowego poza granicami RP w ramach ubezpieczenia, Ubezpieczony musi się skontaktować z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors® i powiadomić o swojej decyzji w sposób ustalony przez Best Doctors® w piśmie, o którym mowa w pkt. 2.

2. FindBestCare® (opieka medyczna za granicą)

- 1) W przypadku potwierdzenia przez Ubezpieczonego, że rozważy on leczenie poza terytorium RP, Best Doctors® przedstawi propozycję maksymalnie trzech placówek medycznych, które są w stanie podjąć się leczenia Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych przez Best Doctors® placówek medycznych w ciągu trzech miesięcy od daty otrzymania raportu, w którym zostały wskazane. Jeżeli Ubezpieczony nie podejmie decyzji we wskazanym okresie trzech miesięcy, dokument musi zostać wydany ponownie na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 2) Po wybraniu przez Ubezpieczonego jednej z propozycji oraz przekazaniu swoich preferencji dotyczących podróży, Best Doctors® rozpoczyna proces organizacji leczenia w danej placówce poprzez wydanie Ubezpieczonemu Certyfikatu leczenia za granicą, ważnego w odniesieniu do leczenia w danej placówce oraz organizuje podróż i zakwaterowanie konieczne do uzyskania opieki medycznej za granicą.
- 3) Certyfikat leczenia za granicą zachowuje ważność, w zakresie leczenia w nim wskazanego, przez okres trzech miesięcy od daty jego wystawienia. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie rozpocznie leczenia w – szpitalu wskazanym w Certyfikacie leczenia za granicą w ciągu trzech miesięcy od jego wydania Best Doctors ponownie wyda te dokumenty na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia na zasadach grupy

§ 10

1. Kryteria kwalifikacyjne ubezpieczenia grupowego:

- a) aktywni pracownicy Ubezpieczającego i ich partnerzy mający stałe miejsce zamieszkania w RP,
- b) ochroną mogą zostać objęte osoby, które w dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia; ochrona trwa maksymalnie do ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,

- c) ochroną mogą zostać objęte także zależne dzieci poniżej 35 roku życia oraz noworodki starsze niż 30 dni w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia,
 - d) ochroną mogą zostać objęte osoby, które zdecydują się na indywidualną kontynuację oraz które w dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 85 roku życia; ochrona trwa maksymalnie do ukończenia przez Ubezpieczonego 85 roku życia,
 - e) wypełnienie kwestionariusza zdrowotnego, o którym mowa w § 7 ust. 3.
2. Ubezpieczający możeawnioskować do Ubezpieczyciela o dołączenie do umowy ubezpieczenia nowych członków grupy na zasadach określonych w ust. 1 powyżej.
 3. Ochrona ubezpieczonych aktywnych pracowników wygasa automatycznie w dacie:
 - a) ustania stosunku pracy z Ubezpieczającym,
 - b) utraty statusu aktywnego pracownika,
 - c) wyczerpania dożywotniego limitu sumy ubezpieczenia.
 4. Ochrona ubezpieczonych osób zależnych wygasa automatycznie w dacie:
 - a) prawomocnego orzeczenia przez sąd rozvodu lub separacji z aktywnym pracownikiem,
 - b) ustania stosunku pracy aktywnego pracownika z Ubezpieczającym,
 - c) wyczerpania limitu sumy ubezpieczenia określonego w § 8 ust. 4 OWU,
 - d) ukończenia 35 roku życia przez pozostające na utrzymaniu dziecko niebędące w związku małżeńskim
 5. Ubezpieczyciel gwarantuje dostępność świadczeń w zakresie określonym w Certyfikacie leczenia za granicą, z zastrzeżeniem maksymalnego okresu 6 miesięcy od daty zakończenia ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony:
 - a) jest w trakcie leczenia prowadzonego poza granicami kraju, lub
 - b) zgłosił zdarzenie ubezpieczeniowe.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 11

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok.
3. 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, na który przypadła niezapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, 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 wezwał Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
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, z zastrzeżeniem § 10 pkt 5 OWU, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygał przed tym terminem.
8. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 12

1. Wysokość składki zależy od:
 - 1) taryfy ubezpieczeniowej obowiązującej w dniu zawarcia umowy,
 - 2) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 3) sposobu płatności składki (czy składka jest płatna jednorazowo, czy w ratach),
2. Przewidziane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia okresy karencji oraz inne ograniczenia odpowiedzialności są uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
3. W przypadku płatności składki na raty, terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określa się w polisie.

Odstąpienie i rozwiązanie stosunku ubezpieczeniowego

§ 13

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu, na który została zawarta.
2. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni. 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 ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 13 ust. 2 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.
5. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.
6. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem.
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje jednoczesnym wyłączeniem z ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych (i odwrotnie).
9. Ubezpieczony, który złożył deklarację zgody, w każdym czasie na piśmie może złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie o cofnięciu zgody na objęcie ubezpieczeniem, skutkujące zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem miesiąca, w którym oświadczenie w tym przedmiocie zostało złożone Ubezpieczycielowi (wystąpienie z umowy ubezpieczenia).

Zawarcie umowy na cudzy rachunek

§ 14

1. 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.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, o której mowa w art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Klient jest dodatkowo zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy ubezpieczenia informacji 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.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie.
2. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez ubezpieczającego.
3. Strony zobowiązują się do wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby.

§ 16

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. 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:
 - a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
 - b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
 - c) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - d) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
 - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.

- 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby, 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 prześle reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.
4. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią mogą być zakończone w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem właściwym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. ERGO Hestia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 17

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są w języku polskim na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
 - 1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
 - 2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 18

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 24 września 2018 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu
ds. Ubezpieczeń



Adam Roman

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
 - 1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
 - 1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
 - 3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
 - 1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
 - 3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
 - 4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
 - 1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
 - 2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
 - 3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciężące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
 - 4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaze dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - 2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
 - 3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
 - 4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
 - 5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
 - 6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
 - 7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

