

DOKUMENT UBEZPIECZENIA (POLISA) „RATY POD OCHRONĄ”
nr __/_DOK/R/_____/2015 z dnia ____-____-____

UBEZPIECZAJĄCY (Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym):

Imię i nazwisko: ...

PESEL: ...

Adres korespondencyjny: ...

Tel. kontaktowy: ...

Adres poczty elektronicznej: ...

WARUNKI UBEZPIECZENIA: „Warunki ubezpieczenia dla Klientów EURO-net Sp. z o.o. Raty pod ochroną” (MP/OW178/1601)

OKRES UBEZPIECZENIA: od do

WARIANT UBEZPIECZENIA: ZDROWIE, PRACA, RODZINA

SUMA UBEZPIECZENIA/LIMIT ODPOWIEDZIALNOŚCI: górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazana w poniższej tabeli

UBEZPIECZYCIEL: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1,81-731 Sopot, wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 000024812, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł

Rodzaje Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wysokość Limitu odpowiedzialności określa poniższa tabela. Wszelkie pojęcia użyte w niniejszym Dokumencie ubezpieczenia (Polisie) przyjmują znaczenie nadane im w warunkach ubezpieczenia.

Lp.	ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ŚWIADCZENIE	SUMA UBEZPIECZENIA/ LIMIT ODPOWIEDZIALNOŚCI	OBJĘTY UBEZPIECZENIEM
1	śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Splata Salda zadłużenia	Saldo zadłużenia	Ubezpieczający
2	Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego	Wyplata świadczenia w wysokości przypadającej do spłaty Raty	6 Rat	Ubezpieczający i Członkowie rodziny
		Świadczenia assistance medyczne: - organizacja i pokrycie kosztu rehabilitacji	500 zł	
		- organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	500 zł	
		- organizacja i pokrycie kosztów zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego - zwrot kosztów leków	500 zł 500 zł	
3	Utrata dochodu polegająca na: 1) Utracie pracy przez Ubezpieczonego, 2) Utracie zdolności do pracy przez Ubezpieczonego, dla Ubezpieczonych uzyskujących dochody na terytorium RP na podstawie: Umowy o pracę lub Stosunku służbowego lub Działalności gospodarczej,	spłata Raty	6 Rat	Ubezpieczający
		Świadczenia assistance zawodowe: - sprawdzenie CV - przygotowanie do rozmowy rekrutacyjnej - tłumaczenie CV, listu motywacyjnego - monitoring rynku pracy, instruktaż wyszukiwania ofert	500 zł 500 zł 500 zł 500 zł	
	3) Spłacie Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego dla Ubezpieczonych uzyskujących dochody z tytułu emerytury lub renty (albo mających ustalone prawo do emerytury lub renty) lub uzyskujących dochody z innych niż Stosunek pracy źródeł.	Spłata Rachunków	6 świadczeń miesięcznych Spłaty Rachunków, maksymalnie 300 zł miesięcznie	
4	assistance medyczny dla Ubezpieczonego – na wniosek Ubezpieczonego	Świadczenia assistance informacyjno-organizacyjne- infolinia medyczna	Brak limitu	Ubezpieczający i Członkowie rodziny

Składkę zapłacono: ..(właściwa forma płatności)... ..(wartość składki)... słownie:(wartość składki słownie)...

Dane Kredytu: wartość ...(wartość kredytu)..., miesięczna rata ...(wysokość raty)...zł, liczba rat: ...(liczba rat).

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO: Oświadczam Ubezpieczycielowi, że:

- 1) chcę zawrzeć Umowę ubezpieczenia na podstawie „Warunków ubezpieczenia dla klientów Euro-net Sp. z o.o. Raty pod ochroną” (MP/OW178/1601), zwanych dalej „WU”,
- 2) przed zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymałem (am) tekst WU, na podstawie których zawierana jest z Ubezpieczycielem Umowa ubezpieczenia – potwierdzona niniejszym Dokumentem ubezpieczenia (Polisą), oraz w pełni akceptuję te WU, w tym zakres Ubezpieczenia, wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokość Sumy Ubezpieczenia / Limitów odpowiedzialności, zakres świadczeń ubezpieczeniowych i zasady ich wypłat,

- 3) zostałem/am poinformowany/a o możliwości odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od jej zawarcia. W tym celu Ubezpieczający może zwrócić się do sklepu, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Złożenie przeze mnie oświadczenia o odstąpieniu od umowy Kredytu jednocześnie stanowi oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,
- 4) przyjmuję do wiadomości, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 jest administratorem moich danych osobowych, podanych przeze mnie w niniejszym Dokumentie ubezpieczenia (Polisa) dobrowolnie, które będą przez Ubezpieczyciela przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej Umowy ubezpieczenia,
- 5) zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania,
- 6) na podstawie art. 38 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.) w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 do zasięgnięcia (również po mojej śmierci), w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, od każdego z podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych, informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 powyżej wskazanej ustawy, z wyłączeniem wyników badań genetycznych,
- 7) wyrażam zgodę, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust 8 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1844) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w Sopocie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. i Mondial Assistance Sp. z o.o. danych, dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, uzyskanych w przyszłości w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy ubezpieczenia.

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową prosimy o kontakt/zgłoszenie pod numerem telefonu 58 558 71 73. Opłata zgodna z taryfą operatora telekomunikacyjnego.

.....
Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne
Nr agenta

.....
Podpis Ubezpieczającego

koniec Dokumentu ubezpieczenia

POL/RPO/2/1601