



Warunki Ubezpieczenia na Wypadek Wystąpienia Nowotworu Złośliwego

KOD: AN 01/16

Informacja zamieszczana w stosowanym wzorcu umów - w Warunkach ubezpieczenia na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego (kod: AN 01/16).

Rodzaj informacji	Numer zapisu i strona wzorca umowy
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2, 11, 12, 14, § 2 ust. 2, § 5 ust. 2, § 6 ust. 2, § 8 ust. 1, 3, § 14 ust. 4, 5
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 7, § 8 ust. 2, § 9 ust. 3, 5, § 10

Niniejsze warunki ubezpieczenia (dalej zwane „warunkami ubezpieczenia”) regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (zwane dalej „ERGO Hestia”) ochrony ubezpieczeniowej, dotyczącej zdrowia Ubezpieczonego oraz organizacji usług assistance.

Istotne jest, aby zwrócić uwagę na treść wszystkich definicji opisanych w § 1 poniżej, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od typowego, potocznego ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Terminom użytym w niniejszych warunkach ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Centrum Operacyjne** - podmiot współpracujący z ERGO Hestia w zakresie udzielania świadczeń assistance, w ramach zawartej umowy ubezpieczenia;
- 2) **diagnoza** - rozpoznanie nowotworu złośliwego, objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowane wynikiem badania histopatologicznego; za datę rozpoznania nowotworu złośliwego przyjmuje się datę wykonania badania histopatologicznego;
- 3) **dziecko** - nieletnie biologiczne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, które pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 4) **karencja** - okres ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w warunkach ubezpieczenia;
- 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** - lekarz-konsultant Centrum Operacyjnego;
- 6) **lekarz prowadzący** - lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym, z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 7) **miejsce zamieszkania** - wskazany w polisie adres zamieszkania Ubezpieczonego, znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **miesiąc polisowy** - okres stanowiący miesiąc kalendarzowy i zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca (w przypadku wyboru płatności składki w ratach, jest to również okres w którym przypada termin płatności rat składki); jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy rozpoczynać się będzie w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 9) **narządy**:
 - a) kobiece - jeden lub oba gruczoły sutkowe, szyjka macicy, jeden lub oba jajowody, jeden lub oba jajniki, pochwa, srom (zewnętrzne narządy płciowe);
 - b) męskie - jeden lub oba gruczoły sutkowe, jedno lub oba jądra, prącie, gruczoł krokowy (prostate);
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** - nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie (do którego doszło w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej) wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia pobytu w szpitalu;
- 11) **nowotwór złośliwy (choroba nowotworowa)** - tylko taki nowotwór złośliwy, który objawia się obecnością złośliwego guza narządów, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek; klasyfikacja nowotworu złośliwego musi zostać zweryfikowana badaniem histologicznym i potwierdzona przez lekarza specjalistę; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) dysplazja szyjki macicy (CIN-1, CIN-2, CIN-3),
 - b) każdy nowotwór łagodny z dużym ryzykiem złośliwienia (stan przedrakowy),
 - c) każda wczesna postać nowotworu złośliwego, w tym zmiana typu carcinoma in situ,
 - d) nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - e) rak prostaty histologicznie opisywany jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b lub T1c);
- 12) **operacja** - metoda leczenia nowotworu, polegająca na naruszeniu ciągłości tkanek Ubezpieczonego przeprowadzana przez lekarza uprawnionego do jej wykonania w warunkach szpitalnych; z zakresu ochrony wyłącza się wszelkie zabiegi wykonywane w celach diagnostycznych oraz jednorazowe lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała;
- 13) **placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) **pobyt w szpitalu** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, powstały wskutek zdiagnozowania choroby nowotworowej albo wskutek nieszczęśliwego wypadku, zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala; dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala; pobyt w szpitalu musi rozpocząć się i trwać w okresie ubezpieczenia; przyjmuje się, iż pobyt w szpitalu nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną pobytu w szpitalu;
- 15) **polisa** - dokument, stanowiący potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 16) **sprzęt rehabilitacyjny** - sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, który umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
- 17) **suma ubezpieczenia** - wskazana w polisie górna granica łącznej odpowiedzialności Ubezpieczyciela (z tytułu ryzyka, do którego się odnosi) na jedno/wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 18) **szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca

wykwalfikowany personel medyczny; nie jest szpitalem: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowski, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego;

19) **Ubezpieczający** - pracownik, konsultant firmy Avon, który zawiera umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający zawsze jest jednocześnie Ubezpieczonym i może zawrzeć umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek;

20) **Ubezpieczony** - osoba, która ukończyła 18 lat, lecz nie ukończyła 69 lat, objęta ochroną w ramach umowy ubezpieczenia;

21) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, numer KRS 0000024812 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł, wykonujące działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;

22) **umowa ubezpieczenia** - umowa indywidualnego ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów zorganizowania świadczeń assistance.

2. Zakresem ubezpieczenia objęte są:

1) diagnoza choroby nowotworowej,

2) operacja w następstwie choroby nowotworowej,

3) pobyt w szpitalu.

4) organizacja usług assistance w wypadku: zdiagnozowania choroby nowotworowej, operacji w następstwie choroby nowotworowej lub pobytu w szpitalu w następstwie choroby nowotworowej.

KARENCA

§ 3

1. W stosunku do świadczenia z tytułu zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 pkt 1-3 powyżej stosuje się karencję, trwającą 60 dni, rozpoczynającą się wraz z rozpoczęciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Okres karencji, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym uwzględniony został w wycenieniu wysokości składki ubezpieczeniowej.

2. Karencja, w odniesieniu do ryzyka pobytu w szpitalu nie dotyczy zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej, należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazana jest w polisie oraz zależy od wybranego przez Ubezpieczającego sposobu jej opłacenia.

2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej płatna jest przez Ubezpieczającego, w zależności od jego wyboru:

1) ratalnie, to jest w miesięcznych ratach, w wysokości i terminach wskazanych na polisie,

2) jednorazowo z góry, za cały okres ubezpieczenia, w wysokości i terminie wskazanym na polisie.

3. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem jej przekazania na rachunek bankowy wskazany na polisie.

4. W przypadku braku opłacenia kolejnej raty składki w terminie wymagalności, określonym na polisie Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej opłacenia ze wskazaniem dodatkowego terminu płatności. Nieopłacenie składki w terminie wskazanym w wezwaniu spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z dniem upływu tego terminu.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

§ 5

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu diagnozy choroby nowotworowej Ubezpieczonego wynosi 20 000 zł (słownie dwadzieścia tysięcy złotych).

2. Świadczenie to zostanie wypłacone po pierwszym zdiagnozowaniu nowotworu złośliwego przez lekarza, pod warunkiem, że badanie diagnostyczne zostanie wykonane w miesiącu zawierającym się w okresie ubezpieczenia.

§ 6

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu operacji Ubezpieczonego w następstwie choroby nowotworowej (nowotworu złośliwego) wynosi 2 000 zł (słownie dwa tysiące złotych).
2. W przypadku operacji Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tego tytułu pod warunkiem:
 - 1) przyznania Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu diagnozy choroby nowotworowej, oraz
 - 2) przeprowadzenia operacji Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wynosi 200 zł (słownie dwieście złotych), za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wypłacane jest ono jednorazowo, łącznie za wszystkie dni pobytu (maksymalnie za 30 dni). Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu na jedno i każde zdarzenie jest suma ubezpieczenia w wysokości 6 000 zł (słownie sześć tysięcy złotych).
2. Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w pobycie w szpitalu na skutek udzielenia przepustki (tj. doszło do okresowego przebywania pacjenta poza szpitalem, bez potrzeby wypisywania go ze szpitala).

ASSISTANCE

§ 8

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest pokrycie przez Ubezpieczyciela kosztów pomocy udzielonej przez Centrum Operacyjne Ubezpieczonemu w przypadku:
 - 1) diagnozy choroby nowotworowej,
 - 2) operacji w następstwie choroby nowotworowej,
 - 3) pobytu w szpitalu w następstwie choroby nowotworowej.
2. Centrum Operacyjne zapewnia organizację poniższych usług assistance do łącznej wartości odpowiadającej sumie ubezpieczenia, w wysokości 3 000 zł (słownie trzy tysiące złotych), która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na organizację wszystkich i każdej z usług assistance (niezależnie od tego w przypadku którego ze zdarzeń wskazanych w ust. 1 pkt 1-3 powyżej zostało zorganizowane). Koszt organizacji każdej usługi assistance świadczonej na rzecz Ubezpieczonego pomniejsza sumę ubezpieczenia w danym okresie ubezpieczenia, aż do ewentualnego jej wyczerpania.
3. Usługi assistance wchodzące w zakres ochrony ubezpieczeniowej to:
 - 1) dostarczenie leków,
 - 2) dostarczenie posiłków,
 - 3) dostęp do infolinii medycznej,
 - 4) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi,
 - 5) organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji,
 - 6) organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa,
 - 7) pomoc domowa,
 - 8) pomoc pielęgniarki,
 - 9) transport medyczny do placówki medycznej,
 - 10) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania,
 - 11) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego.

DOSTARCZANIE LEKÓW

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy Ubezpieczonemu zostały zaordynowane przez lekarza prowadzącego leki, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony.

DOSTARCZENIE POSIŁKÓW

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej. Koszt jednej usługi ograniczony jest do jednej dostawy 5 dań składających się na obiad i kolację.

INFOLINIA MEDYCZNA

W ramach infolinii medycznej Centrum Operacyjne gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:

- 1) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia,
- 2) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
- 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- 4) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- 5) informacjach medycznych, w tym informacjach o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
- 6) dietach, zdrowym żywieniu,

- 7) domach pomocy społecznej, hospicjach,
- 8) aptekach czynnych przez całą dobę.

OPIEKA NAD DZIEĆMI I OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty przewozu dzieci/osób niesamodzielnych do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki (bilet autobusowy lub kolejowy I klasy) lub organizuje i pokrywa koszty przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilet autobusowy lub kolejowy I klasy) lub organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą.

ORGANIZACJA I POKRYCIE KOSZTÓW REHABILITACJI

Jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemną opinią lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania, Centrum Operacyjne pokrywa koszty niezbędnych zabiegów rehabilitacyjnych. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej lub koszty wizyty fizyoterapeuty w miejscu zamieszkania oraz koszty transportu Ubezpieczonego z poradni rehabilitacyjnej do miejsca zamieszkania.

POMOC PSYCHOLOGA

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego - Centrum Operacyjne, na żądanie Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty wizyt Ubezpieczonego u psychologa.

POMOC PIELĘGNIARKI

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, na żądanie Ubezpieczonego, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszt pomocy pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.

POMOC DOMOWA

W przypadku minimum 5-dniowej hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, na żądanie Ubezpieczonego, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej. Zakres pomocy w ramach usługi obejmuje: pomoc w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków (jak odkurzanie, mycie podłóg). W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, odsuwanie mebli oraz prace remontowe.

TRANSPORT MEDYCZNY DO PLACÓWKI MEDYCZNEJ

Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy Ubezpieczony wymaga wizyty w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

TRANSPORT MEDYCZNY Z PLACÓWKI MEDYCZNEJ

Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty transportu do miejsca zamieszkania w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy Ubezpieczony przebywała w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

WYPOŻYCZENIE LUB ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy osoba ubezpieczona, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, Centrum Operacyjne organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

POSTĘPOWANIE W RAZIE KONIECZNOŚCI ZORGANIZOWANIA USŁUGI ASSISTANCE

§ 9

1. Ubezpieczony w celu zorganizowania usługi assistance jest zobowiązany, przed podjęciem jakichkolwiek działań, skontaktować się z czynnym całą dobę Centrum Operacyjnym pod numerem infolinii (58) 766 33 44.
2. Ubezpieczony powinien podać Centrum Operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) numer polisy,
 - 3) numer PESEL,
 - 4) adres korespondencyjny,
 - 5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez Ubezpieczonego osobą,
 - 6) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie dopełnił obowiązku zgłoszenia o którym mowa w ust. 1 powyżej lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego, Ubezpieczyciel ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania siły wyższej, udokumentowanej przez Ubezpieczonego.
4. W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz rachunków i dowodów poniesionych kosztów.
5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów poniesionych samodzielnie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, nawet jeśli są objęte ochroną ubezpieczeniową i mieszczą się w granicach i sumie ubezpieczenia określonej w niniejszych warunkach ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:

- 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczony wykonał lub został skierowany na badania lub testy medyczne (w tym stwierdzone zostało podwyższone stężenie PSA -swoistego antygenu sterczowego) na podstawie, których rozpoznano później chorobę nowotworową;
- 2) przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia rozpoznano u Ubezpieczonego:
 - a) nowotwór łagodny z dużym ryzykiem zezłośliwienia (stan przedrakowy),
 - b) wczesne postacie nowotworu złośliwego w tym zmiany typu in-situ,
 - c) nowotwór złośliwy jest skutkiem choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV,
 - d) rak prostaty histologicznie opisywany jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b lub T1c);
- 3) nowotwór złośliwy został zdiagnozowany lub był zdiagnozowany i leczony przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, lub gdy przed tym dniem u Ubezpieczonego stwierdzono występowanie komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych), o budowie znacznie odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który nastąpił w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej albo usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - 2) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym), o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w rajdach/wyścigach pojazdów lądowych, wodnych i powietrznych, oraz w przygotowaniach do nich;
 - 5) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego;
 - 6) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób;
 - 7) choroby AIDS u Ubezpieczonego lub zarażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

2. Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy i rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie.
3. Ochrona ubezpieczeniowa automatycznie wznawia się na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający w ostatnim miesiącu polisowego okresu ubezpieczenia nie złożył oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 poniżej. Ubezpieczyciel potwierdza wznowienie ochrony ubezpieczeniowej polisą określającą terminy płatności składki ubezpieczeniowej za kolejny okres ochrony ubezpieczeniowej (przy zachowaniu sposobu płatności wybranego przez Ubezpieczonego w zakończonym okresie ubezpieczenia).
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. 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 w sytuacji wskazanej w zdaniu pierwszym nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym udzielana mu była ochrona ubezpieczeniowa.

5. Niezależnie od postanowień ust. 3 powyżej, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający, może odstąpić od ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie w ciągu 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia mu warunków ochrony ubezpieczeniowej (data otrzymania polisy), jeżeli jest to termin późniejszy. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zostaje zwrócona w pełnej wysokości.

6. Ubezpieczający w trakcie trwania okresu ubezpieczenia może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie, ze skutkiem przypadającym na ostatni dzień miesiąca polisowego, w trakcie trwania którego to oświadczenie zostało złożone (okres wypowiedzenia umowy).

§ 12

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:

- 1) z dniem zgonu Ubezpieczonego;
- 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisowego, w którym doręczono Ubezpieczycielowi oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia albo odstąpieniu, o którym mowa w § 11 ust. 3 powyżej od umowy ubezpieczenia;
- 3) z upływem okresu ubezpieczenia, o ile nie został on automatycznie przedłużony, zgodnie z § 11 ust. 2 powyżej, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem;
- 4) z bezskutecznym upływem dodatkowego terminu wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 powyżej.

ROZPATRYWANIE ROSZCZENIA

§ 13

1. Wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać:

- 1) pod numerem infolinii (58) 766 33 44 lub
 - 2) pisemnie u Ubezpieczyciela na adres: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu diagnozy choroby nowotworowej, operacji w następstwie choroby nowotworowej lub pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebna jest dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego choroby nowotworowej, przebytką w następstwie tej choroby operację lub odbytką hospitalizację.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebna jest również dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną pobytu w szpitalu.
4. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 2-3 powyżej, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
5. O wymaganych dokumentach, o których mowa w ust. 2-4 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1 powyżej.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 1 albo w ust. 2, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
5. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 4, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z umowy ubezpieczenia.
6. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
7. Świadczenie uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku uprawnionego pełną należną kwotą świadczenia.

ZASADY SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

§ 15

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:

- a) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt
- b) telefonicznie - poprzez infolinię ERGO Hestii pod numerem: (58) 766 33 44,
- c) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, lub
- d) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.

2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.

3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.

4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:

- a) na piśmie,
- b) za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
- c) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.

5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych dokonywane są w złotych polskich.

§ 17

Wszelkie oświadczenia, zawiadomienia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Ubezpieczyciela, powinny być dostarczane na piśmie.

§ 18

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.

2. Opłaty związane z płatnościami składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 19

1. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.

2. Strony dopuszczają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z umowy ubezpieczenia w sądzie polubownym, utworzonym przy Rzeczniku Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, działającym zgodnie z jego regulaminem.

3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w języku polskim. Językiem stosowanym w relacjach Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonych jest język polski. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 21

Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Pełnomocnik Zarządu



Renata Mordaka