



Ubezpieczenie Biznes Assistance



- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Biznes Assistance

ERGO
HESTIA®

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo
Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Biznes Assistance

Pełne informacje podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Biznes Assistance z dnia 01 kwietnia 2025 roku (kod:AB-BA-01/25). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Biznes Assistance jest skierowane do przedsiębiorców oraz jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi. Jest to ubezpieczenie majątkowe z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

	Co jest przedmiotem ubezpieczenia? ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance w zakresie: pomoc techniczna w firmie (Assistance Serwisowy), pomoc medyczna w Polsce (Assistance Medyczny) oraz firmowy serwis informacyjno-administracyjny (Assistance Informacyjny). ✓ Suma ubezpieczenia wynika z wybranego wariantu ubezpieczenia - podstawowego lub rozszerzonego.		Czego nie obejmuje ubezpieczenie? Ubezpieczenie nie obejmuje: ✗ kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego oraz osoby objęte ubezpieczeniem samodzielnie bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego; ✗ usług związanych z uszkodzeniami, o których istnieniu Ubezpieczający wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
			Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej? Ochrona ubezpieczeniowa ulega ograniczeniu w zakresie: ! konieczności interwencji medycznej lub hospitalizacji związanej z chorobami chronicznymi osób objętych ubezpieczeniem; rekonwalescencją osób objętych ubezpieczeniem lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone; nagłym pogorszeniem stanu zdrowia osób objętych ubezpieczeniem lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej; ! usług hydrauliki związanych z uszkodzeniami: baterii wodnych, bojlerów, grzejników, podgrzewaczy przepływowych, filtrów wody, szamba, zatłokiem zlewu, umywalki lub wanny
	Gdzie obowiązuje ubezpieczenie? ✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.		
	Co należy do obowiązków ubezpieczonego? Obowiązki na początku umowy: – ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które STU ERGO Hestia S.A. zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia: – ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki. – ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. – ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego, a także stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia. W przypadku zajścia zdarzenia, przedstawienia/zgłoszenia roszczenia ubezpieczający ma obowiązek: – użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzi lub zmniejszenia jej rozmiarów, – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości, zawiadomić ERGO Hestii o szkodzi, – niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzi, która mogła powstać w wyniku przestępstwa, – pozostawić bez zmian miejsce szkodzi do czasu przybycia przedstawiciela ERGO Hestii, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzi lub zmniejszenia szkodzi, – umożliwić ERGO Hestii dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkodzi, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, – zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodzi.		

**Jak i kiedy należy opłacać składki?**

Składkę ubezpieczeniową należy opłacać w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach.

**Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?**

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka lub rata składki.

**Jak rozwiązać umowę?**

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia 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 ERGO Hestia udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.



Warunki Ubezpieczenia Biznes Assistance

AB-BA-01/25

Postanowienia ogólne	4
Ubezpieczenie na cudzy rachunek	4
Definicje wspólne	4
Przedmiot i miejsce ubezpieczenia	5
Zakres ubezpieczenia Assistance Serwisowy	6
Zakres Ubezpieczenia Assistance Medyczny	7
Zakres Ubezpieczenia Assistance Informacyjny	8
Wyłączenia	9
Suma Ubezpieczenia	10
Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia	11
Składka ubezpieczeniowa	12
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności	13
Prawa i obowiązki stron umowy	13
Wypłata odszkodowania lub świadczenia	15
Regres ubezpieczeniowy	16
Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego	16
Postanowienia końcowe	17
Oświadczenie Administratora Danych Osobowych	20

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia 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:
§ 6, § 7, § 8, § 9, § 10	§ 11, § 12, § 13

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia Biznes Assistancel z przedsiębiorcami, osobami prawnymi nie będącymi przedsiębiorcami i innymi jednostkami organizacyjnymi zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Ubezpieczającym może być każdy podmiot prowadzący ewidencję mienia w formie przewidzianej w ustawie o rachunkowości.

§ 2

1. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych przez strony warunkach odbiegających od postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Dodatkowe klauzule umowne uzgodnione przez strony powinny być sporządzone na piśmie, podpisane przez strony oraz w pełnym brzmieniu dołączone do umowy pod rygorem ich nieważności.
3. W związku z zawartą umową ubezpieczenia ERGO Hestia jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w Oświadczeniu Administratora Danych Osobowych.
4. Zwracamy uwagę, że definicje pojęć użyte w OWU mogą odbiegać od typowego, powszechnego ich znaczenia, jak też od definicji użytych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Prosimy zwrócić uwagę na treść definicji zawartych poniżej w § 4, gdyż mogą mieć one wpływ na zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie na cudzy rachunek

§ 3

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na cudzy rachunek – Ubezpieczonego i w takim wypadku postanowienia oraz zasady określone w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do osoby, na której rachunek zawarto umowę.
2. 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 tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

Definicje wspólne

§ 4

W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie następujące pojęcia:

1	Centrum Alarmowe	podmiot, który w imieniu Ubezpieczyciela organizuje usługi Biznes Assistancel,
2	nagłe zachorowanie	stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej,
3	nieszczęśliwy wypadek	nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego osoba objęta ubezpieczeniem – niezależnie od swojej woli – doznała uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,

4	osoby objęte ubezpieczeniem	wskazany przez Ubezpieczającego pracownik, zatrudniony na co najmniej 3 miesiące lub na czas nieokreślony,
5	pracownik	osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej z wyłączeniem osoby fizycznej, która zawarła z Ubezpieczającym umowę cywilnoprawną w ramach prowadzonej działalności gospodarczej; za pracownika uznaje się również praktykanta lub wolontariusza, któremu Ubezpieczający powierzył wykonanie określonych czynności,
6	przedsiębiorca	osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,
7	przedsiębiorstwo	zorganizowany zespół składników niematerialnych i materialnych przeznaczony do prowadzenia działalności gospodarczej,
8	szkoda	utrata, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia bezpośrednio wskutek objętego umową ubezpieczenia zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, mającego charakter nadzwyczajny, niespodziewany i niezależny od woli Ubezpieczającego; za jedną szkodę uważane są wszystkie uszkodzenia, utrata lub zniszczenie ubezpieczonego mienia powstałe wskutek tej samej przyczyny i mające miejsce w tym samym czasie; przez przyczynę rozumiane jest ubezpieczone zdarzenie, które powoduje powstanie szkody,
9	Ubezpieczający	reprezentant Ubezpieczającego, rozumiany jako: a) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektor, jego zastępca, jego pełnomocnicy; b) w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych – członkowie zarządu, prokurenci i ich pełnomocnicy; c) w przypadku spółek komandytowo-akcyjnych – komplementariusz będący osobą fizyczną, akcjonariusz, prokurenci i ich pełnomocnicy; d) w przypadku spółek jawnych i komandytowych – komplementariusze będący osobami fizycznymi, prokurenci i ich pełnomocnicy, wspólnicy spółek jawnych; e) w przypadku spółek partnerskich – partnerzy, prokurenci i ich pełnomocnicy; f) w przypadku spółek cywilnych – wspólnicy oraz ich pełnomocnicy; g) w przypadku osób fizycznych – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia i jej pełnomocnicy; h) w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członkowie zarządu i ich pełnomocnicy.
10	wypadek	wystąpienie objętego ubezpieczeniem zdarzenia.

Przedmiot i miejsce ubezpieczenia

§ 5

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń Assistance w zakresie:
 - 1) pomoc techniczna w firmie (Assistance Serwisowy),
 - 2) pomoc medyczna w Polsce (Assistance Medyczny),
 - 3) firmowy serwis informacyjno-administracyjny (Assistance Informacyjny).
- W Assistance Medycznym ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki występujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od miejsca pobytu, natomiast w Assistance Informacyjnym i Assistance Serwisowym wyłącznie wypadki występujące w miejscu ubezpieczenia wskazanym w umowie ubezpieczenia.
- Świadczenia są realizowane przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Centrum Alarmowego.
- Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego oraz osoby objęte ubezpieczeniem samodzielnie bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach określonych dla poszczególnych rodzajów usług sum ubezpieczenia, o których mowa w § 13
- W przypadku gdy Ubezpieczony samodzielnie poniósł ekonomicznie uzasadnione koszty, po wcześniejszym uzgodnieniu z ERGO Hestią, ERGO Hestia dokonuje ich zwrotu na podstawie rachunków lub faktur dotyczących kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego do wysokości sum ubezpieczenia określonych dla poszczególnych rodzajów usług, o których mowa w § 13
- Umowę ubezpieczenia Biznes Assistance można zawrzeć w wariantcie podstawowym lub rozszerzonym.

Zakres ubezpieczenia Assistance Serwisowy

§ 6

1. W razie wystąpienia szkody Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Alarmowego, organizuje usługi wskazane w ust. 2–5 poniżej.
2. W przypadku wystąpienia szkody wymagającej podjęcia natychmiastowych działań zmierzających do uniemożliwienia powiększania się jej rozmiarów lub powstania dalszych szkód w miejscu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zapewnia pomoc interwencyjną specjalisty (ślusarza, hydraulika, elektryka, szklarza, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych) odpowiedniego ze względu na rodzaj powstałej szkody, polegającą na zorganizowaniu i pokryciu kosztów dojazdu oraz wykonania usługi, z wyłączeniem kosztów części zamiennych.
3. W przypadku wystąpienia szkody wymagającej podjęcia dozoru mienia w celu zapobieżenia powiększania się szkody Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dozoru mienia w miejscu ubezpieczenia maksymalnie do 72 godzin od momentu zgłoszenia szkody.
4. Jeżeli charakter lub rozmiar szkody w miejscu ubezpieczenia wyłącza możliwość prowadzenia w nim działalności gospodarczej przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel przekazuje oferty agencji pośrednictwa nieruchomości dotyczące wynajmu lokali przystosowanych do prowadzenia działalności gospodarczej zgodnie ze specyfikacją lokalu określoną przez Ubezpieczającego. Jeżeli agencja wynajmu lokali nie posiada aktualnie ofert lokali spełniających kryteria Ubezpieczającego, wówczas dostarczenie takiej informacji przez Centrum Alarmowe jest traktowane jako przedstawienie oferty agencji.
5. W zależności od charakteru szkody, Ubezpieczyciel udziela informacji o numerach telefonów służb publicznych oraz usługodawców działających w rejonie najbliższym miejsca ubezpieczenia.
6. Usługi o których mowa w ust. 1–5 powyżej ograniczone są limitami określonymi w § 13.

§ 7

1. W wariancie rozszerzonym, o którym mowa w § 5 ust. 6, Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Alarmowego:
 - 1) w razie wystąpienia w miejscu ubezpieczenia awarii sprzętu komputerowego:
 - a) organizuje i pokrywa koszty pomocy specjalisty informatyka w celu dokonania naprawy w miejscu ubezpieczenia;
 - b) jeżeli naprawa w miejscu ubezpieczenia nie jest możliwa, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu do i z najbliższego serwisu naprawczego. Koszty naprawy w serwisie pokrywa Ubezpieczający;
 - 2) w razie wystąpienia szkody wymagającej obecności osoby objętej ubezpieczeniem organizuje i pokrywa koszty powrotu pociągiem (I klasa) lub autobusem osoby objętej ubezpieczeniem do miejsca ubezpieczenia z podróży służbowej odbywanej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Koszty, o których mowa powyżej przysługują jeśli osoba objęta ubezpieczeniem znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca ubezpieczenia. W przypadku gdy odległość jest większa niż 350 km i czas podróży innym środkiem lokomocji dłuższy niż 6 godzin dopuszcza się powrót samolotem;
 - 3) organizuje i pokrywa koszty:
 - a) transportu środków obrotowych i/lub maszyn, urządzeń oraz wyposażenia do miejsca wskazanego przez Ubezpieczającego, gdy lokal w którym prowadzona jest działalność nie nadaje się do dalszej eksploatacji;
 - b) wynajmu pomieszczeń magazynowych na czas przechowywania mienia, o którym mowa w ppkt a) powyżej, poza miejscem ubezpieczenia;
 - c) transportu powrotnego mienia, o którym mowa w ppkt a) powyżej, po usunięciu przyczyn, dla których zaistniała konieczność jego przeniesienia.
2. Usługi, o których mowa w ust. 1 powyżej, ograniczone są limitami określonymi w § 13.

Zakres Ubezpieczenia Assistance Medyczny

§ 8

1. W przypadku wystąpienia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku osób objętych ubezpieczeniem w miejscu pracy lub w czasie podróży służbowej Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje następujące usługi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) organizuje wideokonsultację lub telekonsultację z lekarzem pierwszego kontaktu lub organizuje i pokrywa koszty dojazdu i wizyty w najbliższej placówce medycznej lub gabinecie lekarskim lekarza pierwszego kontaktu, lub organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza pierwszego kontaktu, na które składają się dojazd i honorarium lekarza;
 - 2) organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego osób objętych ubezpieczeniem z miejsca pobytu do szpitala lub innej placówki medycznej zgodnie z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu wskazanego przez Centrum Alarmowe;
 - 3) organizuje wizyty u lekarza specjalisty w przypadku zalecenia wydanego przez lekarza pierwszego kontaktu wskazanego przez Centrum Alarmowe w terminie wskazanym przez osobę objętą ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, iż koszt wizyty pokrywany będzie przez osobę objętą ubezpieczeniem;
 - 4) organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu wskazanym przez osobę objętą ubezpieczeniem w celu zapewnienia opieki zgodnej z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu wskazanego przez Centrum Alarmowe lub lekarza Centrum Alarmowego – pod warunkiem iż nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiło wcześniej w miejscu pracy i zostało zgłoszone do Centrum Alarmowego, z zastrzeżeniem, iż świadczenie przysługuje w terminie do 14 dni od momentu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania;
 - 5) organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków lub drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (np. kule) osobie objętej ubezpieczeniem, która wymaga leżenia zgodnie ze wskazaniem lekarza pierwszego kontaktu wskazanego przez Centrum Alarmowe określonymi w zwolnieniu lekarskim do miejsca wskazanego przez osobę objętą ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem iż koszt leków lub sprzętu jest pokrywany przez osobę objętą ubezpieczeniem – pod warunkiem iż nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie nastąpiło wcześniej w miejscu pracy;
 - 6) organizuje i pokrywa koszty opieki domowej po hospitalizacji (do 48 godzin), jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania w miejscu pracy osoba objęta ubezpieczeniem jest hospitalizowana powyżej 7 dni – pod warunkiem uzyskania zalecenia lekarza prowadzącego i lekarza Centrum Alarmowego, z zastrzeżeniem, iż świadczenie przysługuje w terminie do 30 dni od momentu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, jednakże nie później niż po 14 dniach od zakończenia hospitalizacji osoby objętej ubezpieczeniem;
 - 7) organizuje i pokrywa koszty pracy rehabilitanta, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku w miejscu pracy lekarz prowadzący zaleci stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w celu przywrócenia pełnej sprawności lub poprawy sprawności osoby objętej ubezpieczeniem – pod warunkiem braku możliwości uczęszczania osoby objętej ubezpieczeniem do pracy dłużej niż 7 dni potwierdzonej zwolnieniem lekarskim;
 - 8) przekazuje ważne informacje rodzinie lub pracodawcy.
2. Ubezpieczyciel, w przypadku wystąpienia wypadku za pośrednictwem Centrum Alarmowego:
 - 1) zapewnia osobie objętej ubezpieczeniem możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego;
 - 2) udziela informacji o lokalizacji, numerach telefonów oraz godzinach pracy aptek, przychodni oraz szpitali na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, które miało miejsce podczas podróży służbowej powyżej 50 km od stałego miejsca pracy osoby objętej ubezpieczeniem, nie może on wykonywać powierzonych na czas podróży służbowej obowiązków, Ubezpieczyciel za pośrednictwem

Centrum Alarmowego zorganizuje i pokryje koszt podróży pracownika wyznaczonego przez Ubezpieczającego w celu zastępstwa osoby objętej ubezpieczeniem. Transport odbywa się pociągiem (I klasa) lub autobusem i dotyczy wyłącznie terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Usługi, o których mowa w ust. 1-3 powyżej, ograniczone są limitami określonymi w § 13.

Zakres Ubezpieczenia Assistance Informacyjny

§ 9

1. Ubezpieczyciel, w przypadku wystąpienia wypadku za pośrednictwem Centrum Alarmowego przekazuje Ubezpieczającemu:
 - 1) informacje dotyczące kwestii prawnych związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą przez dyżurujących prawników w zakresie prawa pracy, prawa handlowego, kodeksu spółek handlowych, kodeksu postępowania administracyjnego, kodeksu cywilnego i prawa ubezpieczeniowego. Porady uzyskane od prawnika mają charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jako ostateczna ekspertyza prawna;
 - 2) informacje o adresach i godzinach otwarcia kancelarii prawnych;
 - 3) akty prawne (ustawy, rozporządzenia, uchwały) lub wzorce umów (umowa sprzedaży, najmu, dzierżawy, o pracę, o dzieło itp.) drogą elektroniczną (poczta elektroniczna lub faks);
 - 4) w razie potrzeby znalezienia tymczasowego pracownika zastępczego, oferty biur pracy tymczasowej przygotowane na podstawie profilu pracownika określonego przez Ubezpieczającego;
 - 5) inne informacje pracownicze (informacyjny serwis pracowniczy) takie jak:
 - a) informacje o świadczeniach przedemerytalnych;
 - b) informacje o prawach i obowiązkach bezrobotnych;
 - c) informacje o rejestracji w urzędzie pracy;
 - d) informacje o zasiłkach dla bezrobotnych;
 - e) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - g) informacje o dokumentach i procedurach, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
2. Usługi, o których mowa w pkt 1)-5) powyżej, ograniczone są limitami określonymi w § 13.
3. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 1)-3) powyżej, nie obejmują udzielania Ubezpieczonemu telefonicznych porad prawnych związanych z roszczeniami Ubezpieczonego:
 - 1) wobec Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 33;
 - 2) przeniesionymi na niego w drodze przelewu wierzytelności (cesja);
 - 3) i Ubezpieczającego w ramach tej samej umowy wobec siebie nawzajem.

§ 10

1. W wariantcie rozszerzonym, o którym mowa w § 5 ust. 6, Ubezpieczyciel w przypadku wystąpienia wypadku organizuje szkolenia BHP lub badania pracowników w zakresie medycyny pracy wymaganych stosownymi przepisami prawa. Koszt szkoleń lub badań pokrywa Ubezpieczający.
2. Usługi, o których mowa w ust. 1 powyżej, ograniczone są limitami określonymi w § 13.

Wyłączenia

§ 11

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:
 - 1) konserwacją mienia ruchomego lub stałych elementów znajdujących się w miejscu ubezpieczenia;
 - 2) szkodami powstałymi w wyniku rozłączenia lub przerwy w funkcjonowaniu urządzeń wodno-kanalizacyjnych, do naprawy których zobowiązane są właściwe służby publiczne lub administrator budynku;
 - 3) skutkami działania materiałów rozszczepialnych;
 - 4) spożyciem przez osoby objęte ubezpieczeniem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, psychotropowych;
 - 5) samobójstwem lub próbą samobójstwa osoby objętej ubezpieczenia;
 - 6) uczestnictwem osoby objętej ubezpieczeniem w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) awariami w sprzęcie komputerowym objętym gwarancją lub takim, za który na podstawie obowiązujących przepisów prawa odpowiedzialność ponosi sprzedawca.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach Assistance Medycznego jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
 - 1) chorobami chronicznymi osób objętych ubezpieczeniem;
 - 2) rekonwalescencją osób objętych ubezpieczeniem lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone;
 - 3) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia osób objętych ubezpieczeniem lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.
3. Z zakresu odpowiedzialności wyłączone są:
 - 1) usługi elektryka lub technika urządzeń grzewczych związane z uszkodzeniami: żarówek, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przetłaczników;
 - 2) usługi hydraulika związane z uszkodzeniami: baterii wodnych, bojlerów, grzejników, podgrzewaczy przepływowych, filtrów wody, szamba, zatkaniem zlewu, umywalki lub wanny;
 - 3) usługi związane z uszkodzeniami kanalizacji, rur instalacyjnych, gazowych i wodociągowych oraz podziemnych linii energetycznych oraz wszelkich tych instalacji, za których naprawę lub konserwację odpowiada administracja budynku lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego,
 - 4) usługi związane z uszkodzeniami, o których istnieniu Ubezpieczający wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) nieudzielenie z powodu zadziałania siły wyższej świadczeń gwarantowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia;
 - 2) opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Ubezpieczyciela, mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.

§ 12

1. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek zasady określone w paragrafach poprzedzających stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje również szkód:
 - 1) powstałych w związku z działaniami wojennymi, stanem wojennym lub wyjątkowym, wojną domową, lokautami i niepokojami społecznymi;
 - 2) powstałych w związku z terroryzmem, strajkami, zamieszkami i rozruchami,
 - 3) powstałych wskutek działania i oddziaływania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego i elektromagnetycznego, promieniowania jonizacyjnego;
 - 4) powstałych wskutek nieprzestrzegania obowiązujących przepisów, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych, o utrzymywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami oraz przepisów prawa budowlanego, a także niestosowanie się do decyzji i zaleceń wydanych w tych sprawach przez właściwe władze oraz nieprzestrzegania wszelkich wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia, w tym zaleceń Ubezpieczyciela w zakresie ochrony mienia przed szkodą, chyba że nie miało to wpływu na powstanie lub wysokość szkody;
5. Ponadto z ubezpieczenia są wyłączone jakiekolwiek szkody lub odpowiedzialność, jak również koszty zapobieżenia, usunięcia lub minimalizacji rozmiarów zdarzenia, wynikające z: faktycznej lub spodziewanej niemożności odczytania lub nieprawidłowego odczytania danych przez stanowiący własność Ubezpieczającego lub innych osób jakikolwiek sprzęt elektroniczny lub oprogramowanie, a w szczególności komputer, system komputerowy oraz ich części lub urządzenia, system telekomunikacyjny lub podobny oraz ich części lub urządzenia, a także układy peryferyjne, procesory, mikroprocesory, układy elektroniczne, układy scalone lub urządzenia mechaniczne wspomnianego wyżej sprzętu. Nieodczytanie lub nieprawidłowe odczytanie zapisu danych odnosi się w szczególności do braku możliwości lub niemożności znalezienia, zapamiętania, gromadzenia, zapisywania, zachowania, prawidłowego przetworzenia lub interpretacji jakichkolwiek danych elektronicznych, instrukcji lub polecenia, będących następstwem potraktowania jakiegokolwiek zapisu danych niezgodnie z intencją lub w sposób wcześniej zamierzony.

Suma Ubezpieczenia

§ 13

1. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów usług udzielanych z tytułu ubezpieczenia Biznes Assistance określa poniższa tabela.

Sytuacja, w jakiej przysługuje świadczenie	Świadczenie	Limity w poszczególnych wariantach ubezpieczenia	
		Podstawowy	Rozszerzony
Pomoc techniczna w firmie (Assistance Serwisowy) – limity dotyczą Ubezpieczającego			
Uszkodzenie mienia w miejscu ubezpieczenia wskutek kradzieży z włamaniem lub zdarzenia losowego	Interwencja specjalisty w celu usunięcia szkody	600 zł (2 razy w roku)	1000 zł (4 razy w roku)
	Dozór mienia	500 zł (2 razy w roku)	700 zł (3 razy w roku)
	Pomoc w zorganizowaniu lokalu zastępczego	bez limitu	
	Informacja o sieci usługodawców	bez limitu	
	Powrót Ubezpieczonego do siedziby firmy	–	700 zł (2 razy w roku)
	Transport mienia	–	1000 zł (1 raz w roku)
W razie awarii sprzętu komputerowego	Pomoc informatyka	–	400 zł (2 razy w roku)

Pomoc medyczna w Polsce (Assistance Medyczny) – w razie zdarzenia na terenie firmy lub w czasie podróży służbowej – limity dotyczą jednej osoby objętej ubezpieczeniem

Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku (NNW)	Wideokonsultacja lub telekonsultacja z lekarzem pierwszego kontaktu lub dojazd i wizyta w najbliższej placówce medycznej lub gabinecie lekarskim lekarza pierwszego kontaktu, lub dojazd i wizyta lekarza pierwszego kontaktu	400 zł (2 razy w roku)	700 zł (5 razy w roku)
	Transport medyczny	750 zł (2 razy w roku)	1000 zł (3 razy w roku)
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty (koszt wizyty pokrywa osoba objęta ubezpieczeniem)		bez limitu
	Wizyta pielęgniarki	300 zł (2 razy w roku)	500 zł (4 razy w roku)
	Dostawa leków	300 zł (2 razy w roku)	300 zł (3 razy w roku)
	Opieka domowa po hospitalizacji	300 zł (2 razy w roku)	500 zł (3 razy w roku)
	Usługi rehabilitacyjne	500 zł	800 zł
	Infolinia medyczna		bez limitu
	Przekazywanie ważnych informacji		bez limitu
	Przejazd w celu zastępstwa w podróży służbowej	200 zł (1 raz w roku)	500 zł (2 razy w roku)

Teleasystent – firmowy serwis informacyjno-administracyjny (Assistance Informacyjny) – limity dotyczą Ubezpieczającego

Na życzenie Ubezpieczającego W przypadku wystąpienia szkody, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku (NNW)	Telefoniczna informacja prawna	400 zł (4 porady)	700 zł (7 porad)
	Przesyłanie drogą elektroniczną lub faksem aktów prawnych oraz wzorców umów cywilnoprawnych	4 razy w roku	10 razy w roku
	Pomoc w znalezieniu tymczasowego pracownika zastępczego	2 razy w roku	4 razy w roku
	Informacyjny serwis pracowniczy		bez limitu
	Pomoc w zorganizowaniu szkoleń BHP i badań medycyny pracy	–	bez limitu
	Informacje o adresach i godzinach otwarcia kancelarii prawnych		bez limitu

- Po organizacji usługi suma ubezpieczenia dla tej usługi zmniejsza się o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniósł Ubezpieczyciel w celu jej wykonania. W przypadku całkowitego wyczerpania sumy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia w części dotyczącej danego rodzaju usługi wygasa.
- Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 14

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
- Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwę i adres Ubezpieczającego,
 - 2) nazwę i adres Ubezpieczonego,
 - 3) NIP lub REGON,
 - 4) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej,

- 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) miejsce ubezpieczenia,
 - 7) wariant ubezpieczenia
 - 8) przyczynę, liczbę i wielkość szkód w okresie ostatnich 5 lat.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z oceną ryzyka w zawieranej umowie ubezpieczenia.
 4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2-3 powyżej albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić albo sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.
 5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z treścią oferty.

Składka ubezpieczeniowa

§ 15

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
2. Składka może ulec:
 - 1) obniżeniu ze względu na:
 - a) bezszkodowy przebieg ubezpieczenia u Ubezpieczyciela,
 - b) krótszy niż 12-miesięczny okres ubezpieczenia,
 - c) liczbę wykupionych ubezpieczeń,
 - d) płatność jednorazową,
 - 2) podwyższeniu ze względu na:
 - a) rozłożenie płatności składki na raty.
 - b) szkodowy przebieg ubezpieczenia.

§ 16

1. Składka jest płatna jednorazowo w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły odmienny tryb płatności składki.
2. Na wniosek Ubezpieczającego składka może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
3. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności

§ 17

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na jeden rok, chyba że umówiono się inaczej.

§ 18

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3 poniżej.
2. W przypadku gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, tylko wtedy gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. 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.
5. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem.

Prawa i obowiązki stron umowy

§ 19

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane mu okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi.
2. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest informować Ubezpieczyciela o zmianie adresu, miejsca ubezpieczenia, miejsca zamieszkania lub siedziby.

§ 20

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 19 ust. 1-4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia § 19 ust. 1-4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 21

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do usunięcia szczególnych zagrożeń mienia lub takich, których usunięcia domagał się Ubezpieczyciel w pismach wystosowanych do Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie wykonał powyższego obowiązku w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności za szkody powstałe po wyznaczonym terminie wskutek nieusunięcia zagrożenia, jeżeli niewykonanie obowiązku miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody.

§ 22

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapewnienia należytego zabezpieczenia mienia, w tym do przestrzegania obowiązujących przepisów dotyczących ochrony, przechowywania i eksploatacji mienia oraz mających na celu zapobieganie powstaniu szkody.
2. Mienie uważa się za należycie zabezpieczone, jeżeli spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczający stosuje się do obowiązujących przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego, zaleceń i wymagań producentów lub dostawców nad tymi urządzeniami oraz do innych przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, a także do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia;
 - 2) Ubezpieczający utrzymuje ubezpieczone budynki, budowle i lokale wraz z ich zabezpieczeniami w należytym stanie technicznym oraz stosuje powszechnie przyjęte środki ostrożności, a także obowiązujące przepisy dotyczące ochrony osób i mienia.
3. Do obowiązków Ubezpieczającego należy w szczególności dbanie o konserwację przewodów i urządzeń doprowadzających i odprowadzających wodę, parę wodną lub ciecze oraz zastosowanie w terminie odpowiednich środków ochronnych w celu zabezpieczenia przed mrozem właściwych przewodów i urządzeń.
4. Ubezpieczający w sprzęcie elektronicznym zobowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o budowie i eksploatacji sprzętu danego rodzaju oraz instrukcji obsługi poszczególnych urządzeń.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków określonych w ust. 1-4 powyżej, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, a ich niedopełnienie miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części.

§ 23

1. W razie zajścia wypadku objętego zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest użyć wszelkich dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1 powyżej, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego tytułu.
3. Ubezpieczyciel w granicach sumy ubezpieczenia zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1 powyżej, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

4. Ponadto do obowiązków Ubezpieczającego należy:
- 1) zawiadomić Ubezpieczyciela o wypadku niezwłocznie od daty powstania wypadku lub uzyskania o nim wiadomości (w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek obowiązek obciąża również Ubezpieczonego, chyba że nie wie on o zawarciu umowy na jego rachunek);
 - 2) niezwłocznie powiadomić jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa lub wskutek wypadku środka transportu;
 - 3) pozostawić bez zmian miejsce wypadku do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody; Ubezpieczyciel nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli nie rozpoczął likwidacji szkody w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku;
 - 4) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielać mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody;
 - 5) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień;
 - 6) wypełnić wszelkie wymagane przez Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy paragrafów poprzedzających stosuje się również do Ubezpieczonego.
6. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku niezwłocznego zawiadomienia, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), ERGO Hestia może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ERGO Hestii ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
7. Jeżeli Ubezpieczony, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie dopełni obowiązków wymienionych w ust. 4 pkt 2)–6), ERGO Hestia odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub części za szkodę powstałą z tego powodu – o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody, ustalenie przyczyny zdarzenia lub jego okoliczności oraz wysokości odszkodowania i pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z powstałą szkodą.

§ 24

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

Wypłata odszkodowania lub świadczenia

§ 25

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia.
3. Wysokość kosztów naprawy powinna być udokumentowana rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją poszkodowanego, który szkodę usunął własnymi siłami.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego rachunków, kosztorysów, kalkulacji i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody.

§ 26

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenia na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 powyżej wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez Ubezpieczyciela nie może być wyższa od poniesionej szkody.

§ 27

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości odszkodowania lub świadczenia, może w ciągu 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o stanowisku Ubezpieczyciela w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Regres ubezpieczeniowy

§ 28

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczającemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie przechodzi na Ubezpieczyciela, jeśli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie informacje i dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela.
4. W razie niewykonania obowiązków określonych w ust. 3 powyżej, a także w razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części, a w przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone – podlega zwrotowi w całości lub części, w zależności od tego, w jakim zakresie niewykonanie obowiązków określonych w ust. 3 powyżej uniemożliwiło Ubezpieczycielowi skuteczne dochodzenie roszczeń regresowych.
5. Zasady wynikające z ustępów poprzedzających stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 29

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający, będący konsumentem, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w ciągu 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem wysłano oświadczenie.
3. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć oświadczenia o odstąpieniu:
 - 1) poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, lub
 - 2) za pośrednictwem przedstawiciela ERGO Hestii, lub
 - 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, lub
 - 4) na adres do doręczeń elektronicznych.

Postanowienia końcowe

§ 30

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem § 32.
2. Strony mają obowiązek wzajemnego informowania o zmianie adresu siedziby.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (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.

§ 31

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu Cywilnego i inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W razie wątpliwości co do treści terminów finansowych użytych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, za miarodajne uważa się definicje zawarte w wydanych przez Ministra Finansów regulacjach dotyczących prowadzenia rachunkowości, obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 32

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.

Klient, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.

2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego Ubezpieczyciela.

1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:

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

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

3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub pocztą elektroniczną – na wniosek osoby, która zgłasza reklamację.

4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.

5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.

6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.

3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych Ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

1) Reklamacje w zakresie niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaze reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 33

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.
3. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Klienta, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.
6. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczającym, ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym

do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.

7. W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego, w tym sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki (dalej: „Sankcje”), ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiegokolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.

§ 34

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tej dacie.

Prezes Zarządu



Artur Borowiński

Wiceprezes Zarządu
ds. Ubezpieczeń Korporacyjnych



Adam Roman

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

Kto jest administratorem Pani/Pana danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A.

Może się Pani/Pan z nami kontaktować:

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

Kto jest inspektorem ochrony danych

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

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

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

W jakich celach przetwarzamy dane osobowe

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

CELE PRZETWARZANIA DANYCH	DODATKOWE INFORMACJE
marketing bezpośredni własnych produktów i usług	Przeprowadzamy analizy Pani/Pana danych, aby lepiej się z Panią/Panem komunikować oraz stosować profilowanie, w tym tworzyć profile marketingowe.
przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym	Jeśli będzie to niezbędne, aby przeciwdziałać nadużyciom i zapobiegać wykorzystywaniu naszej działalności w celach przestępczych.
rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań	Rozpatrujemy reklamacje i odwołania, które dotyczą naszych usług, a także odpowiadamy na kierowane do nas wnioski i zapytania.
wypełnienie obowiązków, które wynikają z przepisów prawa	Między innymi w związku z sankcjami wprowadzanymi przez Organizację Narodów Zjednoczonych, Unię Europejską lub Stany Zjednoczone Ameryki Północnej.
analityka i statystyka	W ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej wykonujemy własne analizy i statystyki.
cele wyrażone w zgodzie	Jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę, będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe do celów określonych w zgłoszonej zgodzie (innych niż te wymienione powyżej).

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

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

Jaka jest podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych

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

Jakim odbiorcom mogą być przekazywane Pani/Pana dane osobowe

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:

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

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

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

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

Dane możemy przekazać do państwa trzeciego:

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

Odbiorcami danych w państwach trzecich mogą być:

- organy państwowe wyznaczone prawnie do gromadzenia danych o zdarzeniu lub
- organy państwowe, które prowadzą postępowanie związane ze zgłoszonym zdarzeniem na terenie tego państwa lub
- podmioty, które świadczą na terenie tego państwa usługi assistance lub inne usługi w celu pomocy osobie poszkodowanej lub ograniczenia skutków szkody.

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

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

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

Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

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

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

Jak długo będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe

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

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

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

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

Informacja o wymogu podania danych

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

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

Podawanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

ERRATA

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

§ 1

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

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

§ 2

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

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

§ 3

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