

**WARUNKI UBEZPIECZENIA NIEUCZCIWEGO WYKORZYSTANIA KART PŁATNICZYCH
WYDANYCH PRZEZ BANK PEKAO SA****[KOD: KNI-PEKAO 02/18]**

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych „Warunkach ubezpieczenia nieuczciwego wykorzystania kart płatniczych wydanych przez Bank PEKAO SA [KOD: KNI-PEKAO 02/18]” postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4, § 12 ust. 2, § 13 ust. 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze warunki ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące skutków nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej.

Ponadto znajdują się tu regulacje dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początku i zakończenia, w tym wystąpienia z umowy ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość świadczeń oraz zasady ich wypłaty, ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności i obowiązki Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zasady składania reklamacji.

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych warunków ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na regulacje w w/w zakresie.

Istotne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w § 2 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.

Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (Ubezpieczyciel), udziela Posiadaczom kart płatniczych (Ubezpieczonym) ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia od skutków nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej przez pracownika firmy.

Informacja dla Ubezpieczonego o przetwarzaniu jego danych osobowych przez Ubezpieczyciela zawarta jest w §18 niniejszych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Pojęcia używane w dalszej części niniejszych warunków ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **karta płatnicza** - karta płatnicza wydana przez Ubezpieczającego,
- 2) **Klient korporacyjny** - będąca przedsiębiorcą: osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, o ile posiada zdolność prawną, lub osoba fizyczna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą,
- 3) **nieuczciwe wykorzystanie karty płatniczej** - dokonane przez pracownika Ubezpieczonego przy wykorzystaniu przyznanej mu jako Użytkownikowi karty płatniczej transakcje, które obciążają rachunek Ubezpieczonego i które wynikają z zapłaty za towary lub usługi, które nie stanowią korzyści dla Ubezpieczonego oraz które nie zostały przez niego zatwierdzone i których Ubezpieczony nie ma możliwości odzyskać od pracownika (używając środków innych niż postępowanie sądowe), przy czym powyższe przesłanki muszą zostać spełnione łącznie,
- 4) **osoby trzecie** - osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 5) **Posiadacz karty** - Klient korporacyjny Ubezpieczającego, któremu wydał on kartę płatniczą,
- 6) **pracownik** - osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej,
- 7) **rachunek bankowy** - prowadzony przez Ubezpieczającego rachunek bankowy Ubezpieczonego, do którego została wydana karta płatnicza,
- 8) **szkoda** - strata finansowa polegająca na zmianie salda rachunku bankowego Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku normalnego (adekwatnego) następstwa nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej,
- 9) **środki pieniężne** - krajowe i zagraniczne znaki pieniężne,
- 10) **transakcja kartą płatniczą** - wypłata środków pieniężnych w placówkach bankowych, bankomatach lub dokonanie płatności za towary lub usługi, także za pośrednictwem internetu lub telefonu,
- 11) **Ubezpieczony** - Klient korporacyjny, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach opisanych w niniejszym dokumencie,

- 12) **Ubezpieczający** - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna (Pekao SA), z siedzibą w Warszawie, adres: 00-950 Warszawa, ul. Grzybowska 53/57, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000014843, o numerze NIP: 5260006841, Regon: 000010205, o kapitale zakładowym w kwocie 262.470.034 zł, opłaconym w całości,
- 13) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisane do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 196.580.900 zł opłaconym w całości, wykonujące działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-030 Warszawa,
- 14) **Użytkownik** - osoba fizyczna upoważniona przez Posiadacza karty do dokonywania w imieniu i na rzecz Posiadacza karty operacji określonych w umowie o kartę płatniczą, której dane identyfikacyjne są umieszczone na karcie płatniczej,
- 15) **wydana karta płatnicza** - karta płatnicza zarejestrowana w systemach Ubezpieczającego i przekazana do używania Posiadaczowi karty lub Użytkownikowi,
- 16) **wypadek** - zdarzenie powodujące wystąpienie szkody w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 17) **zastrzeżenie karty płatniczej** - zgłoszenie w sposób wskazany przez Ubezpieczającego, powodujące zablokowanie wszelkich transakcji dokonywanych przy użyciu karty płatniczej, jej unieważnienie oraz przejście przez Ubezpieczającego odpowiedzialności za nieautoryzowane transakcje dokonane przy jej użyciu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są szkody powstałe w terminie do 30 dni przed dniem złożenia przez Ubezpieczonego wypowiedzenia lub oświadczenia o rozwiązaniu umowy, wskazanej w §2 pkt 6), pracownikowi, który będąc Użytkownikiem dopuścił się nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są wypadki zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

Ubezpieczyciel nie odpowiada za:

- 1) szkody powstałe w wyniku działania:
 - a) pracownika, który posiada ponad 5% udziałów lub akcji spółki Ubezpieczonego,
 - b) członków zarządu i rady nadzorczej Ubezpieczonego,
 - c) osób nie będących pracownikami Ubezpieczonego,
- 2) szkody poniesione przez Ubezpieczonego, gdy umowa z osobą odpowiedzialną za szkodę nie została rozwiązana,
- 3) nieuczciwe wykorzystanie karty płatniczej mające miejsce przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
- 4) szkody wynikające ze zgubienia lub kradzieży karty płatniczej,
- 5) szkody wynikające z bankructwa lub niewypłacalności Ubezpieczonego,
- 6) szkody wynikające z działania pracownika po dacie rozwiązania umowy, o której mowa w §2 pkt 6).

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 5

Suma ubezpieczenia wynosi 25.000 zł rocznie (tj. w ciągu kolejnych 12 miesięcy licząc od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową) na każdą kartę płatniczą, jednak nie więcej niż 125.000 zł łącznie w ciągu roku na wszystkie karty płatnicze wydane jednemu Ubezpieczonemu.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 6

1. Rozmiar szkody ustala się według wartości transakcji, wynikłych z nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej, dokonanych w ciężar rachunku bankowego Ubezpieczonego, stwierdzonych na podstawie zestawienia transakcji przygotowanego przez Ubezpieczającego.
2. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody, w granicach sumy ubezpieczenia.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 7

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia następuje każdorazowo na podstawie pisemnego oświadczenia Posiadacza karty płatniczej o wyrażeniu zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest Ubezpieczonemu każdorazowo na okres ważności wydanej mu przez Ubezpieczającego karty płatniczej.
2. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od godziny 24:00 dnia, w którym dany Ubezpieczony podpisał deklarację zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 7, nie wcześniej jednak niż od dnia wydania mu przez Ubezpieczającego karty płatniczej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa automatycznie przedłuża się na okres ważności kolejnej karty płatniczej, wydawanej w miejsce karty płatniczej z zakończonym okresem ważności.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) z upływem okresu ochrony ubezpieczeniowej, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem, z zastrzeżeniem lit. b) poniżej,
 - b) każdorazowo z dniem utraty ważności karty płatniczej, jeżeli w jej miejsce nie została wystawiona nowa karta płatnicza,
 - c) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - d) z dniem rozwiązania umowy o karty płatnicze, na podstawie której Ubezpieczający wydał Ubezpieczonemu kartę płatniczą,
 - e) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi lub Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczony w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w każdym czasie może złożyć na piśmie oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

1. Składka ubezpieczeniowa jest to kwota należna z tytułu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, należna za okres świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i ustalana przez Ubezpieczyciela po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki zależna jest od wariantu i sumy ubezpieczenia.
2. Składkę ubezpieczeniową opłaca Ubezpieczający, ratalnie z częstotliwością miesięczną.
3. Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
4. Ubezpieczony nie ponosi kosztu składki ubezpieczeniowej.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości szkody, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli to nie on zgłosił roszczenie, na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 1 lub 2, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania lub świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 11

Odszkodowania z tytułu zajścia wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową, wypłaca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej, przelewem, na rachunek Ubezpieczonego.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 12

1. Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie, po powstaniu szkody lub uzyskaniu o niej wiadomości, zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
4. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 może nastąpić telefonicznie pod numerem (+48) 58 559 40 40 lub 801 112 075.

§ 13

1. W przypadku wypowiedzenia umowy pracownikowi, Ubezpieczony ma obowiązek:
 - 1) niezwłocznie poinformować Ubezpieczającego o zastrzeżeniu karty płatniczej,
 - 2) podjąć kroki w celu odzyskania środków pieniężnych utraconych w wyniku nieuczciwego użycia karty płatniczej przez pracownika, w szczególności polegające na pisemnym wezwaniu do zapłaty.
2. Ubezpieczony obowiązany jest zwolnić Ubezpieczającego z obowiązku zachowania tajemnicy bankowej w zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia, w trybie określonym w art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1876, z późn. zm.). W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1 i 2 Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części - w zależności od tego, w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności wypadku lub wysokości odszkodowania.

§ 14

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty uzasadniające rozpatrzenie wniosku o wypłatę odszkodowania:
 - 1) dokument potwierdzający przyjęcie przez Ubezpieczającego dyspozycji zastrzeżenia karty płatniczej i numer zastrzeżenia karty,

- 2) dokumenty wskazujące, że Ubezpieczony podjął próby zmierzające do naprawienia szkody przez jej sprawcę
 - 3) kopię zestawienia transakcji potwierdzającego obciążenie rachunku karty płatniczej kwotą wynikającą z zakupu towaru lub usługi,
 - 4) opis i dokumentację sposobu dokonania nieuczciwego wykorzystania karty płatniczej przez pracownika,
 - 5) potwierdzenia terminu rozwiązania umowy z pracownikiem.
2. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 1 pkt 1-5 powyżej, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
 3. O dokumentach, o których mowa w ust. 1-2 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 15

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a jeżeli odszkodowanie już wypłacono może żądać jego zwrotu.

REKLAMACJE

§ 16

1. Ubezpieczony, Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl,
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 112 075 lub 58 559 40 40,
 - 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
 - 4) 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 Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w ciągu 60 dni od dnia otrzymania.
5. Osoby wskazane w ust. 1, w niestandardowych sprawach, mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta Ubezpieczyciela poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Osoby wskazane w ust. 1, będące osobami fizycznymi, mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 17

1. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. 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 - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

INFORMACJA DLA UBEZPIECZONEGO O PRZETWARZANIU JEGO DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

§ 18

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (dalej również: „Ubezpieczyciel”).

Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer telefonu: 801 112 075 lub (58) 559 40 40

2. Inspektor ochrony danych:

Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

Adres email: iod@ergohestia.pl

Formularz kontaktowy: znajduje się w sekcji OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH na stronie www.ergohestia.pl.

3. Cele przetwarzania danych:

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonanie umowy ubezpieczenia, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym, rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań, prawnie uzasadnione interesy administratora danych. W celu oceny ryzyka, objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia; prawnie uzasadnione interesy administratora danych (możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z objęciem ochroną ubezpieczeniową); wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości).

5. Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ubezpieczyciela (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych).

6. Przekazywane danych poza Europejski Obszar Gospodarczy:

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

7. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

Ma Pani/Pan następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: prawo do wycofania zgody jeżeli zgoda stanowi podstawę przetwarzania danych osobowych (wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem), prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania), prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.

8. Okres przez jaki dane osobowe będą przechowywane:

W przypadku gdy doszło do objęcia ochroną ubezpieczeniową Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia.

9. Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową jest konieczne do objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego - bez podania danych osobowych nie jest możliwe objęcie ochroną ubezpieczeniową.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych dokonywane są w złotych polskich.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 20

Wystąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie.

§21

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 22

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1170, z późn. zm.), ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 459, z późn. zm.).
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.

§ 23

1. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 24

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie do stosunków ubezpieczenia nawiązanych w ramach Generalnej Umowy Ubezpieczenia dla Posiadaczy i Użytkowników Kart Płatniczych Banku PEKAO SA Nr CAUG/002/08/BWZB (Umowa ubezpieczenia) z dnia 29 października 2008 roku i obowiązują w stosunku do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od dnia 25 maja 2018 roku.

ANEKS

DO WZORCÓW UMOWNYCH OFEROWANYCH PRZEZ SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA SA (DALEJ: „ERGO HESTIA”).

§ 1

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. poz. 2486 z 2017 r.)

§ 16 Warunków Ubezpieczenia przyjmuje następujące brzmienie:

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawca gwarancji ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. **Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz Agentą wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.**
 - 1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
 - a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl,
 - b) telefonicznie, pod numerem: (+48) 58 559 40 40 lub 801 112 075.
 - c) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - d) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
 - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
 - 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
 - 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających 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 Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
 - 5) W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
 - 6) Klient 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 Agentą, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.**

Reklamacje w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego Agentą. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.

§ 2

Niniejszy aneks stanowi integralną część wzorca umownego i obowiązuje od dnia 1 października 2018 r.