



Pogromca Rachunków

Warunki ubezpieczenia dla Klientów ENERGA-OBRÓT [kod ENERGA-BP 02/16]

Informacja zamieszczana w stosowanym wzorcu umów – w Warunkach ubezpieczenia „POGROMCA RACHUNKÓW” dla Klientów ENERGA-OBRÓT SA [kod ENERGA-BP 02/16]

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 pkt 2, 13, 30; § 3; § 4; § 5; § 9 ust. 3, 4; § 10 ust. 3, 4; § 11 ust. 3-6;
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6; § 9 ust. 5; § 10 ust. 5; § 11 ust. 7; § 12;

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze warunki ubezpieczenia (dalej zwane „WU”) regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące następujących ryzyk: utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy i pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Ponadto znajdują się tu regulacje dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początku i zakończenia, w tym odstępiania od ubezpieczenia i wystąpienia z ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość świadczeń oraz zasady ich wypłaty, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zasady składania przez Ubezpieczonego reklamacji.

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU i zwrócenie szczególnej uwagi na ww. regulacje.

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.

§ 2

Terminom użytym w WU, nadano następujące znaczenia:

- 1) **certyfi kat** – dokument potwierdzający objęcie Klienta ochroną ubezpieczeniową, przekazywany przez Ubezpieczającego Klientowi w sytuacji, gdy składał on deklarację zgody za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca nieprzerwanie, nie krócej niż 31 dni niemożność:
 - a) świadczenia przez Ubezpieczonego pracy na podstawie stosunku pracy zawartego z Ubezpieczonym na czas określony, lub
 - b) wykonywania pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;czasowa niezdolność do pracy musi być potwierdzona:
 - a) zaświadczeniem lekarskim ZUS ZLA – w przypadku Ubezpieczonych, za których opłacane są składki na ubezpieczenie chorobowe,
 - b) innym niż wskazane pod lit. a) powyżej, zaświadczeniem lekarskim – w przypadku Ubezpieczonych, za których nie są opłacane składki na ubezpieczenie chorobowe;czasowa niezdolność do pracy w ww. okresie musi wynikać wyłącznie z jednej i tej samej jednostki chorobowej;
- 3) **data utraty pracy** – dzień następujący po upływie 30 dni liczonych od daty rozwiązania stosunku pracy albo wygaśnięcia tego stosunku na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną, nie wcześniej jednak niż dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 4) **data wystąpienia czasowej niezdolności do pracy** – dzień następujący po upływie 30 dni liczonych od pierwszego dnia czasowej niezdolności do pracy;
- 5) **deklaracja zgody** – oświadczenie Klienta o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem, składane Ubezpieczającemu przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową; oświadczenie to może być składane na piśmie albo za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość;
- 6) **działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza prowadzona we własnym imieniu (indywidualnie lub w formie spółki osobowej), do której zastosowanie mają przepisy prawa polskiego; nie jest działalnością gospodarczą w rozumieniu niniejszych WU działalność rolnicza;
- 7) **działalność rolnicza** – działalność wytwórcza w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego, działalność agroturystyczna, polegająca na wynajmowaniu przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwach rolnych innych usług związanych z pobytem turystów, a także działalność obejmująca wyrób wina przez producentów będących rolnikami, którzy wyrabiają mniej niż 100 hektolitrów wina w ciągu roku gospodarczego;
- 8) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – w zależności od rodzaju zdarzenia ubezpieczeniowego jest to właściwa z poniższych dat:
 - a) data utraty pracy – w przypadku utraty pracy, przy czym dla zaistnienia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niezbędne jest, aby zarówno data utraty pracy, jak i data zdarzenia będąca przyczyną utraty pracy tj. rozwiązanie oraz złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu, skutkujące rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy zawartego z Klientem na czas nieokreślony, lub wygaśnięcia stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną, miały miejsce w trakcie trwania okresu ubezpieczenia,
 - b) data wystąpienia czasowej niezdolności do pracy – w przypadku czasowej niezdolności do pracy, przy czym dla zaistnienia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niezbędne jest, aby zarówno data wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, jak i data nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną czasowej niezdolności do pracy miały miejsce w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
 - c) data wystąpienia pobytu w szpitalu – w przypadku pobytu w szpitalu; przy czym dla zaistnienia odpowiedzialności Ubezpieczyciela niezbędne jest, aby zarówno data wystąpienia pobytu w szpitalu, jak i data nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu miały miejsce w czasie trwania okresu ubezpieczenia,
- 9) **karencja** – okres ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w § 6 WU;
- 10) **Klient** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł umowę, której przedmiotem jest sprzedaż energii elektrycznej; jeden Klient może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia wyłącznie jeden raz w tym samym okresie ubezpieczenia;
- 11) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależnie od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego; odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia;
- 13) **pobyt w szpitalu / pobyt Ubezpieczonego w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz trwający nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 3 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala; pobyt w szpitalu musi rozpocząć się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela; przyjmuje się, iż pobyt w szpitalu nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną pobytu w szpitalu;
- 14) **przepustka** – okresowe przebywanie pacjenta poza szpitalem, bez potrzeby wypisywania go ze szpitala;
- 15) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, trwający 12 miesięcy, liczony od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 16) **osoba bliska** – osoba, którą jest spokrewniona lub spowinowacona z Ubezpieczonym, do 2 stopnia włącznie;
- 17) **status bezrobotnego** – uzyskiwany przez osobę fizyczną status, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.);
- 18) **stosunek pracy** – stosunek służbowy, umowa o pracę lub spółdzielcza umowa o pracę uregulowane przepisami prawa polskiego;
- 19) **stosunek służbowy** – stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru oraz mianowania uregulowany przepisami prawa polskiego;
- 20) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde i jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; suma ubezpieczenia wynosi 1500 zł. W przypadku wypłaty świadczenia w wysokości nie przekraczającej sumy ubezpieczenia ulega ona pomniejszeniu, aż do jej wyczerpania.
- 21) **środki porozumiewania się na odległość** – środki umożliwiające komunikowanie się stron bez ich jednoczesnej fizycznej obecności, w tym telefon, poczta elektroniczna, drukowany lub elektroniczny formularz zamówienia;
- 22) **świadczenie** - kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego; świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest jednorazowo (w wysokości iloczynu kwoty świadczenia należnego z tytułu spełniania przesłanek przez jeden kolejny dzień i ilości tych dni), natomiast świadczenie z tytułu utraty pracy oraz czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest ratalnie, z częstotliwością miesięczną, pod warunkiem ciągłego spełniania przesłanek niezbędnych do wypłaty świadczenia.
- 23) **Ubezpieczający** – ENERGA - OBRÓT Spółka Akcyjna z siedzibą i adresem korespondencyjnym przy al. Grunwaldzkiej 472, 80-309 Gdańsk, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000280916, który zawarł z Ubezpieczycielem „Umowę Generalną Ubezpieczenia Grupowego „Pogromca Rachunków” Dla Klientów Energa-Obrót SA Nr CAUG/003/15/BWZB” (dalej zwana „umową ubezpieczenia” lub „umową”);
- 24) **ubezpieczenie/ochrona ubezpieczeniowa** – odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego, polegająca na zobowiązaniu do zapłaty określonego w WU świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego; z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12 WU;
- 25) **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1; wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 000024812, wykonująca działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;
- 26) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, na podstawie WU; Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 27) **Umowa kompleksowa** – umowa kompleksowa w rozumieniu art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 1059 z późn. zm.) zawierająca postanowienia umowy sprzedaży i umowy o świadczenie usług dystrybucji energii elektrycznej;
- 28) **umowa o pracę** – umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, 1662.), zwanej dalej „Kodeksem pracy”;
- 29) **utrata pracy** – zdarzenie polegające na:
- utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy zawartego z Klientem na czas nieokreślony lub wygaśnięcia tego stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną,
 - niepozostawaniu w innym stosunku pracy przez okres co najmniej 30 dni liczonych od daty rozwiązania stosunku pracy, o którym mowa pod lit. a),
 - uzyskaniu, w wyniku utraty zatrudnienia w sposób określony pod lit. a) powyżej, przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego oraz uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, przy czym warunki określone pod lit. a)-c) powyżej muszą zostać spełnione łącznie, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w niniejszych WU;
- 30) **wiek** - liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego, w dniu, w którym wiek jest liczony;
- 31) **wiek emerytalny** – wiek wynikający z Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 748 z późn. zmianami) po osiągnięciu którego Ubezpieczony nabywa prawo do emerytury;
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – odpowiednio utrata pracy przez Ubezpieczonego, albo czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, albo pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia są:

- w ubezpieczeniu utraty pracy – następstwa utraty pracy przez Ubezpieczonego, powodujące ograniczenie zdolności finansowej lub niezdolność finansową do wywiązywania się z bieżących, prywatnych zobowiązań finansowych jak np. płatności za energię elektryczną, czynsz, abonament telefoniczny,
- w ubezpieczeniu czasowej niezdolności do pracy – następstwa czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, spowodowanej nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem i powodującej ograniczenie zdolności finansowej lub niezdolność finansową do wywiązywania się z bieżących, prywatnych zobowiązań finansowych jak np. płatności za energię elektryczną, czynsz, abonament telefoniczny,
- w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – następstwa pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, powodujące ograniczenie zdolności finansowej lub niezdolność finansową do wywiązywania się z bieżących, prywatnych zobowiązań finansowych jak np. płatności za energię elektryczną, czynsz, abonament telefoniczny.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

Z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 1-3 oraz § 6, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który złożył deklarację zgody oraz w dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową będzie miał ukończony 18. rok życia i jednocześnie nie będzie miał ukończonego 69. roku życia.

§ 5

- Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w § 4 powyżej, ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy obejmowany jest Klient, który w dniu rozpoczęcia obejmowania go ochroną ubezpieczeniową:
 - jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa i nie nabył prawa do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony,
 - nie nabył prawa do emerytury (w szczególności jego wiek nie przekroczył wieku emerytalnego),
 - w przypadku zatrudnienia na podstawie:
 - umowy o pracę – na dzień rozpoczęcia obejmowania go ochroną ubezpieczeniową nie pozostaje w okresie wypowiedzenia umowy o pracę,
 - stosunku służbowego – na dzień rozpoczęcia obejmowania go ochroną ubezpieczeniową nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku służbowego lub do dnia złożenia deklaracji zgody nie został pisemnie odwołany z zajmowanego stanowiska.
- Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w § 4, ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy obejmowany jest Klient, który w dniu rozpoczęcia obejmowania go ochroną ubezpieczeniową:
 - jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa i nie nabył prawa do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - prowadzi działalność gospodarczą lub jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony lub na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony lub nieokreślony przez przedsiębiorcę, będącego dla niego osobą bliską oraz,
 - nie osiąga dochodów z tytułu emerytury.
- Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w § 4, ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmowany jest Klient, który w dniu rozpoczęcia obejmowania go ochroną ubezpieczeniową:
 - uzyskuje wyłącznie przychody ze źródeł innych niż stosunek pracy (zarówno zawarty na czas określony, jak i nieokreślony), działalność gospodarcza, w szczególności ze źródeł takich jak:
 - działalność rolnicza,
 - umowa o dzieło,
 - umowa zlecenia,
 - nie uzyskuje w ogóle przychodów,
 - uzyskuje przychody z tytułu rent i emerytur z ubezpieczenia społecznego,
 - mimo spełnienia kryteriów objęcia ubezpieczeniem na wypadek utraty pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego nie może uzyskać statusu bezrobotnego.
- Z zastrzeżeniem ust. 5, Klient obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu wystąpienia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1-3.
- Niezależnie od spełnienia przesłanek wskazanych w ust. 1-3 powyżej, Klient, który posiada uprawnienie do emerytury lub renty z tytułu ubezpieczenia społecznego obejmowany jest wyłącznie ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
- W przypadku spełnienia wymogów do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu wystąpienia utraty pracy oraz jednocześnie czasowej niezdolności do pracy, udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wystąpienia utraty pracy, pod warunkiem, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego Ubezpieczony będzie mógł uzyskać status bezrobotnego.
- Ubezpieczony, który w okresie obejmowania odpowiedzialnością Ubezpieczyciela spełnił przesłanki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy lub pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wymienione odpowiednio w ust. 1-3 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu danego zdarzenia, począwszy od dnia, w którym spełnił wszystkie przesłanki wskazane w ust. 1 powyżej. Z dniem poprzedzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednego ze zdarzeń ochrona ubezpieczeniowa z tytułu innego zdarzenia kończy się.

KARENCA

§ 6

- W stosunku do świadczenia z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego, stosuje się karencję przez okres 30 dni. W stosunku do świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego stosuje się karencję przez okres 90 dni. Powyższe zostało uwzględnione w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.
- Okresy karencji, o których mowa w ust. 1 powyżej, liczone są od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- W czasie trwania okresu, o którym mowa w ust. 1 wszyscy Ubezpieczeni, niezależnie od spełnienia przesłanek wskazanych w § 5 ust. 1-3, obejmowani są ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7

1. Składka ubezpieczeniowa jest to kwota należna z tytułu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, za okres ubezpieczenia i ustalana przez Ubezpieczyciela po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Do opłacania składki ubezpieczeniowej z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej zobowiązany jest Ubezpieczający.
3. Składka płatna jest jednorazowo z góry, za 12-miesięczny okres ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

§ 8

1. Suma ubezpieczenia na każde i wszystkie zdarzenia w 12-miesięcznym okresie odpowiedzialności wynosi 1500 zł (słownie: jeden tysiąc pięćset 00/100 złotych).
2. W sytuacji automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 13 ust. 3 suma ubezpieczenia ulega odnowieniu w pełnej wysokości, z pierwszym dniem kolejnego okresu ubezpieczenia.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu utraty pracy w wysokości 500 zł (słownie: pięćset 00/100 złotych) wypłacane jest ratalnie, z częstotliwością miesięczną.
2. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu utraty pracy na jedno i każde zdarzenie jest suma ubezpieczenia wskazana w § 8 ust. 1 powyżej.
3. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu utraty pracy w dacie utraty pracy wskazanej w § 2 pkt 3 WU, zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 1-2 poniżej. Kolejne miesięczne świadczenia wypłacane są przez Ubezpieczyciela po upływie kolejnych, bezpośrednio następujących 30 dniach nieprzerwanego spełniania przez Ubezpieczonego przesłanek do przyznawania mu świadczenia z tytułu utraty pracy.
4. Kolejne miesięczne świadczenia z tytułu utraty pracy są należne również w przypadku, gdy Ubezpieczony, który utracił prawo do zasiłku dla bezrobotnych ze względu na upływ okresu jego przysługiwania w związku z zamieszkiwaniem na obszarze, w którym zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy obowiązuje sześciomiesięczny lub krótszy okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczony nadal nieprzerwanie posiada status bezrobotnego.
5. W każdym przypadku świadczenie miesięczne, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny lub nabył uprawnienia do emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia lub dacie utraty statusu bezrobotnego albo prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

§ 10

1. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wysokości 500 zł (słownie: pięćset 00/100 złotych) wypłacane jest ratalnie, z częstotliwością miesięczną.
2. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy na jedno i każde zdarzenie jest suma ubezpieczenia wskazana w § 8 ust. 1 powyżej.
3. Pierwsze świadczenie miesięczne z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje od dnia następnego po dacie wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 1-2 poniżej.
4. Każde kolejne świadczenie miesięczne z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje po upływie 30 kolejnych dniach nieprzerwanego spełniania przez Ubezpieczonego przesłanek wskazanych w § 2 pkt 2).
5. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony zaczął pobierać dochody z tytułu emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.

§ 11

1. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w wysokości 150 (słownie: sto pięćdziesiąt 00/100) zł za dzień pobytu w szpitalu wypłacane jest jednorazowo łącznie za wszystkie dni pobytu zgodnie z ust. 6.
2. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku na jedno i każde zdarzenie jest suma ubezpieczenia wskazana w § 8 ust.1 niniejszych WU.
3. Dzień, w którym rozpoczyna się pobyt w szpitalu uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego pobytu, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.
4. Świadczenie o którym mowa w ust. 1 zostanie wypłacone w przypadku, gdy pobyt w szpitalu trwa nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 3 dni i zakończony jest wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala.
5. Pierwsze świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje czwartego dnia po dacie rozpoczęcia pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
6. Za każdy kolejny dzień spełniania przesłanek z tytułu pobytu w szpitalu, następujący począwszy od dnia o którym mowa w ust. 5 należne jest świadczenie w wysokości 150 zł (słownie: sto pięćdziesiąt 00/100 złotych).
7. Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w pobycie w szpitalu na skutek udzielenia przepustki.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12

1. W ubezpieczeniu utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli:
 - 1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 30 dni od daty rozpoczęcia okresu ubezpieczenia;
 - 2) utrata pracy nastąpiła w związku z wypowiedzeniem stosunku pracy przez Ubezpieczonego;
 - 3) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji kiedy stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz.U. z 2003 r. nr 90, poz. 844, ze zm.);
 - 4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy oraz innych przepisów prawa pracy (w tym przepisów szczególnych);
 - 5) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy uregulowanego przepisami prawa innego niż prawo polskie;
 - 6) utrata pracy nastąpiła w wyniku odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy na podstawie wypowiedzenia tychże warunków w trybie art. 42 Kodeksu pracy.
2. W ubezpieczeniu czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli czasowa niezdolność do pracy miała miejsce w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - 2) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że

- jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
- 3) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;
 - 4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania Ubezpieczonego (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego);
 - 5) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób (nie dotyczy przypadków udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w nagłych wypadkach tj. gdy czynności o charakterze medycznym wykonywane zostały poza kontrolą lekarską lub uprawnionych osób w celu ratowania życia lub zdrowia bezpośrednio w związku z nieszczęśliwym wypadkiem będącym, przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego lub wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego);
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym), o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 7) udziału przez Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka oraz w przygotowaniach do nich, przy czym za zajęcia rekreacyjne lub sportowe o wysokim stopniu ryzyka uważa się: spadochroniarstwo, wspinaczkę górską w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. (z wyjątkiem wspinaczki skalnej oraz zorganizowanego pobytu w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. pod kierunkiem przewodnika turystycznego posiadającego uprawnienia przewodnika górskiego dla określonego obszaru górskiego w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 196, z późn. zm.) lub pobytu organizowanego przez przedsiębiorcę wykonującego działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych wpisanego do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych z wykorzystaniem atestowanego sprzętu wspinaczkowego, przy zachowaniu powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa), speleologię, żeglarstwo morskie, rafting, nurkowanie (z wyjątkiem nurkowania do głębokości 25 metrów przy zachowaniu zasad dobrego nurkowania oraz powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa oraz szczególnych zasad bezpieczeństwa obowiązujących w nurkowaniu oraz przy posiadaniu uprawnień nurkowych wydawanych przez organizacje nurkowe i przy wykorzystaniu atestowanego sprzętu), jak również kaskaderstwo, parkour, sporty lotnicze; zajęciem rekreacyjnym lub sportowym o wysokim stopniu ryzyka nie jest m. in. rekreacyjne uprawianie windsurfingu, jazda na rowerze, gra w piłkę nożną, siatkówka lub koszykówka, żeglarstwo śródlądowe, pływanie rekreacyjne, narciarstwo i snowboard;
 - 8) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego posiadającego licencji na przewóz pasażerów;
 - 9) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego na jego prośbę.
3. W odniesieniu do czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia okresu ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu który miał miejsce w wyniku normalnego następstwa:
- 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej albo usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
 - 2) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³ o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 3) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;
 - 4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania Ubezpieczonego (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego);
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym), o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;
 - 6) udziału przez Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka oraz w przygotowaniach do nich, przy czym za zajęcia rekreacyjne lub sportowe o wysokim stopniu ryzyka uważa się: spadochroniarstwo, wspinaczkę górską w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. (z wyjątkiem wspinaczki skalnej oraz zorganizowanego pobytu w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. pod kierunkiem przewodnika turystycznego posiadającego uprawnienia przewodnika górskiego dla określonego obszaru górskiego w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 196 ze zm.) lub pobytu organizowanego przez przedsiębiorcę wykonującego działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych wpisanego do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych z wykorzystaniem atestowanego sprzętu wspinaczkowego, przy zachowaniu powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa), speleologię, żeglarstwo morskie, rafting, nurkowanie (z wyjątkiem nurkowania do głębokości 25 metrów przy zachowaniu zasad dobrego nurkowania oraz powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa oraz szczególnych zasad bezpieczeństwa obowiązujących w nurkowaniu oraz przy posiadaniu uprawnień nurkowych wydawanych przez organizacje nurkowe i przy wykorzystaniu atestowanego sprzętu), jak również kaskaderstwo, parkour, sporty lotnicze; zajęciem rekreacyjnym lub sportowym o wysokim stopniu ryzyka nie jest m. in. rekreacyjne uprawianie windsurfingu, jazda na rowerze, gra w piłkę nożną, siatkówka lub koszykówka, żeglarstwo śródlądowe, pływanie rekreacyjne, narciarstwo i snowboard;
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów;
 - 8) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego;
 - 9) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób;
 - 10) choroby AIDS u Ubezpieczonego lub zarażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 11) urazów zaistniałych przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - 12) zabiegów medycznych o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym planowanych przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęty pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu:
- 1) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) leczenia lub zabiegów dentystycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała;
 - 3) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych;
 - 4) hospitalizacji niezaleconej przez lekarza;
 - 5) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego ze szpitala na własne żądanie;
 - 6) pogorszenia się stanu zdrowia z powodu następstw urazu, którego leczenia w warunkach szpitalnych Ubezpieczony odmówił w przeszłości.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu poza terytorium RP.
7. Dodatkowo Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli był to pobyt: w szpitalu rehabilitacyjnym, ośrodku rekonwalescencyjnym lub sanatorium a także w domu opieki, domu pomocy społecznej, ośrodku dla psychicznie chorych, hospicjum onkologicznym, ośrodku leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Ochrona ubezpieczeniowa, a tym samym odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający rozpoczął świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usługi kompleksowej zgodnie z punktem 12 Umowy kompleksowej, lecz nie wcześniej niż z dniem następującym po dniu wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczonego.
2. Okres ochrony ubezpieczeniowej wynosi 12 miesięcy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa automatycznie wznawia się na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Ubezpieczony w trakcie trwania okresu ubezpieczenia może złożyć oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia grupowego ze skutkiem przypadającym na ostatni dzień 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w trakcie trwania którego wystąpienie została złożona.
5. W sytuacji o której mowa w ust. 4 powyżej ochrona ubezpieczeniowa kończy się z końcem danego okresu ubezpieczenia, nie ulegając automatycznemu wznowieniu.
6. W przypadku Klienta przystępującego do ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, potwierdzeniem warunków ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Klientowi jest certyfikat wraz z załączonymi doń WU przekazywane Klientowi przez Ubezpieczającego w postaci elektronicznej, opatrzone bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu albo w sposób wskazany w ust. 7 poniżej.
7. Niniejsze WU są doręczane Ubezpieczonemu, niezależnie od sposobu zawarcia Umowy Ubezpieczenia na piśmie bądź w formie elektronicznej, zgodnie z art. 384 § 4 Kodeksu cywilnego przed przystąpieniem prezei do umowy ubezpieczenia.

§ 14

1. Ochrona ubezpieczeniowa, a tym samym odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z chwilą zgonu tego Ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy - z dniem wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
 - 3) z tytułu utraty pracy - z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego (tj. w szczególności z dniem osiągnięcia wieku emerytalnego),
 - 4) z tytułu czasowej niezdolności do pracy – z dniem rozpoczęcia pobierania przez Ubezpieczonego dochodu z tytułu emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 5) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia,
 - 6) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony kończy 70. rok życia,
 - 7) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela przed datą końca okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczony może od niej odstąpić w ciągu 30 dni od dnia poinformowania go o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia mu przez Ubezpieczającego warunków ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 13 ust. 6 powyżej, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

ROZPATRYWANIE ROSZCZENIA

§ 15

1. Powiadomienie Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: 801 107 107.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu utraty pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 2) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych,
 - 3) ostatnia umowa o pracę,
 - 4) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia.
3. Po upływie każdego kolejnego 30-dniowego okresu, o którym mowa w § 10 ust. 4, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego dalsze posiadanie statusu bezrobotnego obowiązujące na ostatni dzień tego okresu lub dowód wypłaty zasiłku dla bezrobotnych za ten okres.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
 - 1) stosowne zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy,
 - 2) jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu – historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 3) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy.
5. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
 - 1) dokumentacja medyczna dotycząca pobytu w szpitalu, w tym karta wypisu ze szpitala,
 - 2) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną pobytu w szpitalu.
6. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 2-5, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
7. O dokumentach, o których mowa w ust. 2-6 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.
8. Ubezpieczony w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu czasowej niezdolności do pracy powinien bez nieuzasadnionej zwłoki poddać się leczeniu i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 16

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli to nie on zgłosił roszczenie, na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 1 albo w ust. 2, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty. Informacja ta powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej.

4. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
5. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 4, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z umowy ubezpieczenia.
6. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
7. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową, wypłacane są Ubezpieczonemu.

REKLAMACJE

§ 17

1. Ubezpieczony lub inny uprawniony z Umowy Ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), w każdej jednostce Ubezpieczyciela, wykorzystując następujące kanały kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ERGOestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie – poprzez infolinię Ubezpieczyciela pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55,
 - 3) pisemnie – osobiście podczas wizyty w siedzibie Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1 albo przesyłką poleconą wysłaną na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. lub innej jednostki Ubezpieczyciela,
 - 4) Ustnie – osobiście podczas wizyty w siedzibie Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1 lub jednostce Ubezpieczyciela.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi na reklamację przed upływem terminu wskazanego w zdaniu poprzedzającym.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - a) na piśmie,
 - b) za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
 - c) pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Ubezpieczyciel wskaże Ubezpieczonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja o której mowa w zdaniu poprzedzającym zostanie udzielona w takiej formie w jakiej powinna zostać udzielona odpowiedź na reklamację.
6. Osoby wskazane w ust. 1, w niestandardowych sprawach, mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergoestia.pl.
7. Osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, będąca osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

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.

§ 19

Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie. Powinność powyższa nie dotyczy wskazanych w WU sytuacji, w których oświadczenia Ubezpieczonego mogą być składane w innej formie niż pisemna.

§ 20

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

§ 21

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz Kodeksu pracy.

1. 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.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 22

1. Strony dopuszczają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z umowy ubezpieczenia w sądzie polubownym, utworzonym przy Rzeczniku Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, działającym zgodnie z jego regulaminem.
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

§ 23

Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 24 października 2016 roku.