



Szczególne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Dziecko



Dlaczego ERGO Hestia?

1

Ubezpieczenia na miarę potrzeb.

Umożliwiamy indywidualną konfigurację zakresu ubezpieczenia.

2

Ogólnopolska sieć doradców.

Klienci korzystają z fachowej wiedzy tysięcy naszych Agentów na terenie całego kraju.

3

Chronimy Was.

Codziennie zapewniamy ochronę dla 1 500 000 Klientów indywidualnych.

4

Zaufanie największych na rynku.

Chronimy spółki kluczowe dla polskiej gospodarki.

5

25 lat doświadczenia.

Przewidujemy sytuacje, które mogą zdarzyć się naszym Klientom.

6

Najwyższa jakość likwidacji szkód.

Likwidujemy szkody zgodnie z przejrzystą procedurą.

7

Otwarty dialog z Klientem.

Rozmawiamy z Klientami przez internetowe Forum Idei.

8

Zarządzanie skargami.

Słuchamy naszych Klientów i prowadzimy analizę skarg i reklamacji.

9

Rzecznik Klienta ERGO Hestii.

Nawiązujemy relacje z Klientami, badamy problemy i szukamy rozwiązań.

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Bezpieczne dziecko regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Numer zapisu i strona wzorca umowy (dalej: „s.”)	
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:
§ 3 ust. 1 i 2, § 5, § 6 i § 7	§ 4 ust. 3, 4 i 5

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z przedsiębiorcami oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.

Definicje

§ 2

W rozumieniu niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia za:

- 1) **ekspedycję** - uważa się zorganizowaną wyprawę mającą na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- 2) **koszty leczenia** - uważa się koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych,
- 3) **leczenie ambulatoryjne** - uważa się leczenie niezwiązane z pobytem w szpitalu lub innej placówce medycznej trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny,
- 4) **lokaut** - uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** - uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 6) **osobę bliską** - uważa się małżonka, konkubinę, konkubenta, rodziców, teściów oraz dzieci,
- 7) **osobę uprawnioną** - uważa się wskazaną przez Ubezpieczonego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,
- 8) **osoby trzecie** - uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 9) **przedsiębiorcę** - uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,
- 10) **rozbój** - uważa się zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej wobec Ubezpieczonego (lub osób bliskich) albo doprowadzeniu Ubezpieczonego (lub osób bliskich) do stanu nieprzytomności lub bezbronności,
- 11) **strajk** - uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego oraz żądaniem zmian,
- 12) **terroryzm** - uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
- 13) **wyczynowe uprawianie sportu** - uważa się:
 - a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
 - b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,

- 14) **zatrucie pokarmowe** - ostre zachorowanie o charakterze zakaźnym, inwazyjnym lub toksycznym, którego przyczyną było spożycie zakażonej żywności lub wody zawierających substancje szkodliwe, a w szczególności toksyny bakteryjne, drobnoustroje lub oba naraz i przebiegająca z objawami ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Zatrucia pokarmowe obejmują również zakażenia pokarmowe.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) następstwa zawałów serca i udarów mózgu,
 - 2) wyczynowe uprawianie sportu w zakresie uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych
 - 3) zatrucie pokarmowe
 - 4) ataki padaczki
3. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:
 - 1) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - 2) w wyniku samookaleczenia,
 - 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 3),
 - 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
 - 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestnictwa w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.
4. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości - stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³,
 - 2) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - 3) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - 4) uszkodzeń dysków międzykręgowych i ich następstw,
 - 5) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkodę powstałą wskutek terroryzmu, do której doszło w Afganistanie, Algierii, Czadzie, Czeczenii, Kolumbii, Kongo, Iraku, Iranie, Izraelu (Zachodni Brzeg i strefa Gazy), na Wybrzeżu Kości Słoniowej, Nigerii, Korei Północnej, na Filipinach, Arabii Saudyjskiej, Somalii lub Sudanie, o ile nie umówiono się inaczej.

Suma ubezpieczenia i rodzaje świadczeń

§ 4

- Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności dla poszczególnych zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową określa poniższa tabela:

ZAKRES UBEZPIECZENIA	SUMY UBEZPIECZENIA W PLN NA KAŻDY NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK			
	A	B	C	D
Śmierć w wyniku NNW	15.000	25.000	35.000	70.000
Śmierć w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, NW w wyniku padaczki	15.000	25.000	35.000	70.000
Śmierć w wyniku NW na terenie szkoły	30.000	50.000	70.000	100.000
Śmierć w wyniku NW komunikacyjnego	30.000	50.000	70.000	100.000
Trwały uszczerbek (w wyniku NW, udaru mózgu, zawału serca, padaczki)	15.000	25.000	35.000	70.000
1% - za 1% uszczerbku	150	250	350	700
Dzienne świadczenie szpitalne	50	50	75	75
Zwrot kosztów leczenia	2.000	2.000	3.000	4.000
Zwrot kosztów rehabilitacji	2.000	2.000	3.000	5.000
Jednorazowe świadczenie w przypadku jeżeli NW nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu (leczenie uciążliwe)	75	125	175	250

§ 5

- Ubezpieczyciel dokonuje również zwrotu kosztów:
 - nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku -nie więcej niż do kwoty 5.000PLN,
 - przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku -nie więcej niż do kwoty 5.000PLN,
 - odbudowy stomatologicznej zębów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku -nie więcej niż do kwoty 2.000PLN. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 PLN za każdy ząb. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów zakupu implantów i implantacji
- Niezależnie od doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wybranego przez Ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia (pełnego lub ograniczonego) Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - wizyta lekarza - jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu lekarza oraz honorarium za wizytę

w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej - do wysokości 500PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,

- 2) wizyta pielęgniarki - jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu pielęgniarki oraz honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego - do wysokości 500PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza - jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia Ubezpieczyciel pokryje koszt transportu leków - do wysokości 100PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) transport z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej - jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej - o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego raz stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu - do wysokości 500PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50km,
 - 5) transport z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego - jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego - o ile stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu - do wysokości 500PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50km,
 - 6) pomoc domowa - jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał dłużej niż 7 dni w szpitalu, Ubezpieczyciel pokryje koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji w przypadku gdy Ubezpieczony nie może skorzystać z pomocy osoby bliskiej - do wysokości 500PLN maksymalnie przez okres 7 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) pomoc psychologiczna - jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie zalecona przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela porada psychologa, Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyt do wysokości 300PLN,
 - 8) opieka nad dziećmi - jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel pokryje koszty opieki nad dziećmi do lat 16 w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 100PLN za dzień, maksymalnie przez okres 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego tylko w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby bliskiej mogącej zapewnić opiekę,
 - 9) organizuje opiekę nad psami i kotami Ubezpieczonego znajdującymi się w jego domu oraz pokrywa koszty takiej opieki. Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu ww. zwierząt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego, mogącej podjąć się opieki nad nimi, albo do najbliższego schroniska dla zwierząt - do wysokości 300PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) na telefoniczne życzenie Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego dokonuje rezerwacji i udziela informacji o Służbie Zdrowia dotyczących np. placówek medycznych, numerów telefonów do lekarzy o różnych specjalizacjach,
 - 11) w przypadku niespodziewanej hospitalizacji Ubezpieczonego, na jego wniosek Ubezpieczyciel podejmie starania mające na celu powiadomienie o zaistniałym zdarzeniu rodziny oraz zakładu pracy Ubezpieczonego, jak również za jego zgodą może na bieżąco informować rodzinę o jego stanie zdrowia.
3. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, iż zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 4. Ubezpieczyciel niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczeniową zwraca Ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w kraju do wskazanych przez Ubezpieczyciela lekarzy, Komisji Lekarskich, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu środka transportu przez Ubezpieczyciela.

§ 6

Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenia zgodnie z limitami określonymi w tabeli:

- 1) zwrot kosztów leczenia,
- 2) dzienne świadczenie szpitalne,
- 3) zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych,
- 4) jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia,

§ 7

1. Zwrot kosztów leczenia przysługuje pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku.
2. Koszty leczenia zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje, w przypadku trwającego co najmniej 72 godziny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową - w wysokości określonej w tabeli za każdy dzień pobytu w szpitalu; dzienne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.
2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni.

§ 9

1. Zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych przysługuje pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku.
2. Koszty rehabilitacji zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 10

1. Uciążliwe leczenie: Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej w tabeli, jeżeli w związku z nieszczęśliwym wypadkiem nie stwierdzono trwałego uszczerbku na zdrowiu ale leczenie ubezpieczonego wiązało się z koniecznością przeprowadzenia operacji chirurgicznej lub hospitalizacji trwającej co najmniej 5 dni.
2. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie za leczenie uciążliwe z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w jednym, z wariantów A, B, C lub D.
3. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwa oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
 - 3) liczbę osób objętych ubezpieczeniem, w przypadku zawierania umowy w formie bezimiennej,

- 4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
- 5) sumę ubezpieczenia.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 12

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki jest zależna, wariantu ubezpieczenia, oraz długości okresu ubezpieczenia.

§ 13

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.

Sposób postępowania w razie wypadku

§ 14

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
 - 2) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym.
3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1, 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 zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 15

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty, niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

Sposób ustalania wysokości świadczenia

§ 16

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§ 17

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela
2. Ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, a w razie dłuższego leczenia - najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. W przypadkach określonych w § 6 ust. 3 pkt 3) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się najwcześniej po upływie 12 miesięcy od dnia wypadku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje były już przed wypadkiem upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

§ 18

Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.

§ 19

Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrał należnego świadczenia, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 20

1. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
2. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

§ 21

Przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 22

Koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są na podstawie oryginałów rachunków.

§ 23

Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu także udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 24

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. 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.
5. 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, a rata składki nie zostanie zapłacona w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania.
6. 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.
7. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Zawarcie umowy na cudzy rachunek (umowa grupowa)

§ 25

1. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego), w szczególności w formie umowy grupowej.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Szczególne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Szczególnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie imiennej lub bezimiennej.

6. W umowach ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich osób obowiązuje taki sam zakres ubezpieczenia, rodzaje świadczeń oraz sumy ubezpieczenia.
7. Forma bezimienna umowy może być stosowana wyłącznie w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych, w których ubezpieczeniem objętych zostało 100% osób należących do określonej w umowie grupy, o ile nie umówiono się inaczej.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

§ 26

1. Ubezpieczony ma obowiązek w terminie 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ubezpieczyciela o wypadku pod numerem telefonu: 801 107 107 lub 58 555 6 555 lub 58 555 5 555.
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.

§ 27

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i ust. 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust.1 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.

§ 28

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

§ 29

Ponadto Ubezpieczony obowiązany jest:

- 1) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,

- 2) stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
- 3) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

Uprawnieni do otrzymania świadczenia

§ 30

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez Ubezpiezonego.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpiezonego nie ma osoby uprawnionej przez niego do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w częściach równych,
 - 3) rodzicom - w częściach równych,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłej - w częściach równych.
4. W razie braku uprawnionego z przysługującego świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie rzeczywiste, udowodnione koszty pogrzebu oraz ewentualne koszty transportu zwłok z miejsca wypadku do miejsca pochówku osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

§ 31

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem wypadku, ustalone przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 32

1. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 33

1. Dienne świadczenie szpitalne wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 34

1. Jednorazowe świadczenie w przypadku jeżeli nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 35

1. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 36

Zwrot kosztów leczenia zwraca się osobie, która je poniosła.

§ 37

Zwrot kosztów rehabilitacji zwraca się osobie, która je poniosła.

§ 38

Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych zwraca się osobie, która je poniosła.

§ 39

Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów zwraca się osobie, która je poniosła.

§ 40

Świadczenia, o których mowa w §§ 30 - 35, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć Ubezpieczonego.

Wyплата odszkodowania lub świadczenia

§ 41

1. Odszkodowanie lub świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wystawcom rachunków oraz świadczeń pieniężnych objętych ubezpieczeniem kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „assistance”.
2. Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie zagranicznej, a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, przelicza się je na walutę polską według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

§ 42

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie 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 określonym w ust. 2.

§ 43

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

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 44

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.

§ 45

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 44 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 46

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Strony umowy ubezpieczenia zobowiązane są do wzajemnego powiadamiania się o zmianach adresu lub siedziby stron, numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela będą dostarczane Ubezpieczającemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu.

§ 47

1. Ubezpieczony, Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
 - 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 ERGO Hestii.
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 ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Osoby wskazane w ust. 1, będące osobą fizyczną, mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 48

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i kodeksu cywilnego.

§ 49

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być zakończone w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem właściwym 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 oraz Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Strony umowy ubezpieczenia mogą podać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 50

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem: _____ roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

