Spis treści

Informacje o agentach

Informacje o agentach ubezpieczeniowych Santander Finanse i Aon Polska Services

Informacje o administratorach danych osobowych

TUiR WARTA

ERGO Hestia

PZU

Concordia

Cardif

Europ Assistance

AXA

Warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenia komunikacyjne

TUiR WARTA

AC	Karta produktu i warunki
OC	Karta produktu i warunki
NNW	Karta produktu i warunki
Zielona Karta	Karta produktu i warunki
Auto Szyby	Karta produktu i warunki
WARTA Moto Assistance	Karta produktu i warunki

ERGO Hestia

AC	Karta produktu i warunki
OC	Karta produktu i warunki
NNW	Karta produktu i warunki
Zielona Karta	Karta produktu i warunki
Auto Szyby	Karta produktu i warunki
Hestia Car Assistance	Karta produktu i warunki

PZU

Warunki ubezpieczenia (z wyłączeniem umów wieloletnich oraz pojazdów przewożących materiały niebezpieczne)

AC/OC/NNW/ZK/Auto Szyby/Auto Pomoc	Karta produktu i warunki

PZU

Warunki dla umów wieloletnich oraz pojazdów przewożących materiały niebezpieczne

AC	Karta produktu i warunki
OC	Karta produktu i warunki
NNW	Karta produktu i warunki
Zielona Karta	Karta produktu i warunki
Auto Szyby	Karta produktu i warunki
Auto Pomoc	Karta produktu i warunki

Concordia

AC	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
OC		Karta produktu
NNW		Karta produktu
Ochrona Prawna		Karta produktu

Ubezpieczenie mienia

TUiR WARTA

Wyciąg z warunków Umowy Generalnej	Wyciąg z warunków
Ubezpieczenie mienia od zdarzeń losowych	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie maszyn i urządzeń	Karta produktu i warunki

ERGO Hestia

Wyciąg z Umowy Generalnej Mienie Rolnicze	Wyciąg z warunków
Wyciąg z Umowy Generalnej Majątek	Wyciąg z warunków
Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie maszyn budowlanych	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie CYBER	Warunki ubezpieczenia
Klauzula CYBER M	Klauzula

PZU

Wyciąg z warunków Umowy Generalnej	Wyciąg z warunków
Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie maszyn budowlanych	Karta produktu i warunki
Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego	Karta produktu i warunki

Pozostałe produkty

GAP dla pojazdów do 3,5 t	Warunki ubezpieczenia
GAP dla pojazdów pow. 3,5 t	Warunki ubezpieczenia

GAP dla maszyn i urządzeń		Warunki ubezpieczenia
Assistance dla pojazdów osobowych i dostawczych	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Assistance Truck	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Asystent Kierowcy	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Medical Assistance	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Office Assistance	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Ochrona Prawna	Karta produktu	Warunki ubezpieczenia
Bezpieczna Rata i Bezpieczny Klient	Warunki ubezpieczenia – leasing	Warunki ubezpieczenia – pożyczka

Informacje o Agentach Ubezpieczeniowych

Informujemy, że Santander Finanse Sp. z o.o. (dane w tabeli poniżej) jest agentem ubezpieczeniowym wpisanym do rejestru agentów ubezpieczeniowych, prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego i wykonuje czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń, na podstawie udzielonych pełnomocnictw.

W procesie dystrybucji ubezpieczeń biorą udział:

1) ubezpieczenia inne niż wskazane w pkt.2– Santander Finanse Sp. z o.o. oraz Aon Polska Services Sp. z o.o. Spółki w zakresie wykonywanej działalności agencyjnej realizują współpracę, polegającą na organizacji procesu dystrybucji przez Santander Finanse Sp. z o.o. (przede wszystkim zawarcie umowy ubezpieczenia/ przystąpienie do umowy ubezpieczenia) oraz przez Aon Polska Services Sp. z o.o. (przede wszystkim wystawianie dokumentów ubezpieczenia (np. polis) wraz z czynnościami dotyczącymi obsługi umowy ubezpieczenia po jej zawarciu/przystąpieniu do umowy ubezpieczenia);
2) ubezpieczenie straty finansowej GAP – udział bierze wyłącznie Santander Finanse Sp. z o.o.

Ze względu na współpracę o której mowa powyżej, niniejszym, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, poniżej przedstawiamy informacje dotyczące Santander Finanse Sp. z o.o. i Aon Polska Services Sp. z o.o.

Poniższe informacje przedstawiane są w imieniu Aon Polska Services Sp. z o.o. przez osobę wykonującą czynności agencyjne z upoważnienia i na rzecz Santander Finanse Sp. z o.o.

Nazwa Agenta:	**Santander Finanse Sp. z. o.o.**	**Aon Polska Services Sp. z o.o.**
Siedziba Agenta:	ul. Kolorowa 8, 60-198 Poznań	Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa
Numer wpisu Agenta do KNF:	11209343/A	11125945/A
Zakłady ubezpieczeń, na rzecz których Agent wykonuje działalność agencyjną w ramach obsługi umów generalnych zawartych z Santander Leasing S.A.	TUŻ Cardif Polska S.A., Concordia Polska TU S.A., D.A.S.TUOP S.A., Europ Assistance S.A. działająca na terytorium Polski i reprezentowana przez oddział Europ Assistance S.A. Irish Branch (reprezentowany przez Europ Assistance Polska), STU Ergo Hestia S.A., PZU S.A.,TUiR Warta S.A., AXA FRANCE IARD Spółka akcyjna oddział W Polsce, Aviva TUO S.A., Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.	TUŻ Cardif Polska S.A., Concordia Polska TU SA, D.A.S.TUOP S.A., Europ Assistance S.A. działająca na terytorium Polski i reprezentowana przez oddział Europ Assistance S.A. Irish Branch (reprezentowany przez Europ Assistance Polska), TU Ergo Hestia S.A, PZU S.A., TUiR Warta S.A.

Pozostałe Zakłady ubezpieczeń, na rzecz których Agent wykonuje działalność agencyjną:		TUiR Allianz Polska S.A., Colonnade oddział w Polsce, Compensa TU S.A., CHUBB sp. z o.o. oddział w Polsce, Compensa TU Życie S.A., AXA FRANCE IARD Spółka akcyjna oddział w Polsce, Generali TU S.A., Wiener TU SA, Inter Partner Assistance SA oddział w Polsce, LINK 4 TU S.A, MAPFRE (reprezentowany przez Wagas), METLIFE TU Życie S.A., PZU Życie S.A., UNIQA TU S.A., TU InterRisk S.A., TU Zdrowie S.A.
Dostęp do informacji o Agencie:	Aktualne dane z rejestru agentów ubezpieczeniowych udostępniane są przez Komisję Nadzoru Finansowego za pośrednictwem strony internetowej Komisji Nadzoru Finansowego. Wniosek w formie elektronicznej składany za pośrednictwem strony internetowej powinien zapewniać identyfikację podmiotu występującego z wnioskiem. Dane kontaktowe do Komisji Nadzoru Finansowego znajdują się na stronie internetowej KNF pod adresem: www.knf.gov.pl W godzinach pracy urzędu obsługującego KNF wnioskodawcy mogą osobiście uzyskać dostęp do informacji na wydzielonym stanowisku komputerowym. Wpis do rejestru można sprawdzić także podając dane Agenta na stronie internetowej KNF pod adresem: https://rpu.knf.gov.pl	
Wynagrodzenie Agenta:	W związku z zawarciem proponowanej Klientowi umowy ubezpieczenia, Agent otrzymuje prowizję od zakładu ubezpieczeń z którym zostaje zawarta umowa ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta. Poza prowizją Agent otrzymuje wynagrodzenie lub nagrody rzeczowe za wypracowanie określonego poziomu przypisu składki lub wyniku technicznego.	
Sposoby składania reklamacji:	1. Korespondencja w formie pisemnej na adres siedziby Agenta. 2. Korespondencja elektroniczna na adres Bok@santanderleasing.pl 3. Telefonicznie: +48 61 850 35 25 4. Informacja o zasadach składania i rozpatrywania reklamacji dostępna na stronie internetowej www.santanderleasing.pl w zakładce agenta Santander Finanse.	1. Korespondencja w formie pisemnej na adres siedziby Agenta. 2. Korespondencja elektroniczna na adres leasingubezpieczenia@aon.pl 3. Telefonicznie: +48 61 610 40 00
Postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów:	Spór między klientem będącym osobą fizyczną, a Agentem, jako podmiotem rynku finansowego może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.	
Możliwość złożenia skargi:	Istnieje również możliwość złożenia skargi na działalność Agenta do właściwych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.	

Informacje o Administratorach danych osobowych

TUiR WARTA

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S. A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („Warta"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie na podany adres siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu:

1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń, tj. przez okres 20 lat od dnia następnego po zakończeniu okresu ubezpieczenia – dla ubezpieczeń OC oraz przez okres 10 lat od dnia następnego po zakończeniu okresu ubezpieczenia - dla ubezpieczeń innych niż OC. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy, a w przypadku przedsiębiorców przez 3 lata od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej lub upłynął okres ważności oferty ubezpieczeniowej. W tym celu Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wytyczne dotyczące zasad zawierania umów ubezpieczenia. Na podstawie automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego będzie wyliczona wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, jak również dane dotyczące historii szkodowości pozyskane z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego oraz z biur informacji gospodarczej i biur informacji kredytowej, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka.
2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie uzasadnionego interesu Warty, przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia. Uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń.
3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, przez okres 20 lat od dnia następnego po zakończeniu okresu ubezpieczenia (dla ubezpieczeń OC) lub przez okres 10 lat od dnia następnego po zakończeniu okresu ubezpieczenia (dla ubezpieczeń innych niż OC). Prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem.
4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniu karnym – na podstawie prawnie usprawiedliwionego interesu Warty, do czasu upływu terminów przedaw-

nienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty. Prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość dochodzenia roszczeń przez Wartę.

5) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie uzasadnionego interesu administratora danych, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia. Uzasadnionym interesem jest prowadzenie przez Wartę marketingu bezpośredniego swoich usług. W tym celu przetwarzane będą dane w zakresie imię, nazwisko, dane kontaktowe, historia polisowa i historia szkodowości.

6) dochodzenia roszczeń regresowych przez Wartę (w przypadku wypłaty przez Wartę odszkodowania na Pani/Pana rzecz za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, tj. najczęściej przez okres 20 lat od dnia popełnienia przestępstwa – dla szkód powstałych w wyniku przestępstwa lub przez okres 3 lat od dnia, w którym Pani/Pan dowiedział/a się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia – dla pozostałych szkód.

7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów Kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) i raportowania do Rzecznika Finansowego – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, przez okres 90 dni od dnia zgłoszenia reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń, tj. najczęściej przez okres 3 lat od dnia, w którym Pani/Pan dowiedział/a się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

8) rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem.

9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, w którym operacje, transakcje lub postępowanie związane z zawartą umową ubezpieczenia zostały ostatecznie zakończone, spłacone, rozliczone lub przedawnione.

10) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia. Prawnie uzasadnionym interesem jest kontrola przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii.

11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody i raportowania do Rzecznika Finansowego – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji – przez 90 dni od dnia złożenia wniosku, skargi lub reklamacji, a po tym okresie w celach

archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, przez 3 lata. Prawnie uzasadnionym interesem jest kontrola prawidłowości prowadzenia tych postępowań.

- Przysługuje Pani/Panu prawo do: a) żądania dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa), ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych; b) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania na tej podstawie oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; c) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce Kontakt).
- Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Realizując prawo dostępu do danych jest Pani/Pan uprawniona/y do uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz do uzyskania informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych osobowych, kategoriach odbiorców, którym dane osobowe zostały lub zostaną ujawnione, planowanym okresie przechowywania danych osobowych, źródle ich pozyskania przez Wartę, zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- Realizując prawo do przenoszenia danych ma Pani/Pan prawo do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył/a Warcie. Ponadto, ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe. Powyższe uprawnienie dotyczy wyłącznie danych osobowych, które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy.
- Realizując prawo do sprostowania danych jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty sprostowania lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne.
- Realizując prawo do usunięcia danych jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty usunięcia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- Realizując prawo do ograniczenia przetwarzania jest Pani/Pan uprawniona/y do żądania od Warty ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach określonych w art. 18 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych w szczególności, gdy Pani/Pan kwestionuje prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania.
- Realizując prawo do sprzeciwu jest Pani/Pan uprawniona/y do wniesienia z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania. Pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniony w dalszym ciągu przetwarzać

te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę.

- Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji kontaktując się z Wartą przez jej agenta, infolinię lub wysyłając wiadomość na adres email: IOD@warta.pl.
- W przypadku jakichkolwiek pytań, w celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem danych osobowych jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia. Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub medycznym, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
- Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych tj.: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny w zakresie np. historii szkodowości, Centralna Ewidencja Pojazdów w zakresie historii pojazdu, biura informacji gospodarczej oraz biura informacji kredytowej, w zakresie oceny wiarygodności płatniczej, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda, inne zakłady ubezpieczeń w zakresie zgłoszonych zdarzeń, placówki medyczne w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda, dostawcy usług assistance w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale w pewnym zakresie niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa.

ERGO Hestia

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów. W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.

5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
   3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
   4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawa prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.

9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

PZU

Informacja o Administratorze danych osobowych – klauzula ofertowa

1. Administrator i dane kontaktowe

- Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.
- Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

2. Przetwarzanie danych

- Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:
  - przygotowania i przedstawienia oferty, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do przygotowania i przedstawienia oferty (tj. do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy),
  - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na administratorze,
  - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia,
  - statystycznym i analitycznym – podstawa prawną przetwarzania jest realizacja prawnie uzasadnionego interesu administratora; dane statystyczne i analityczne niezbędne są administratorowi, m.in. do kształtowania taryf ubezpieczeniowych.
- Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie, na podstawie Pani/Pana danych dotyczących przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Metody profilowania są monitorowane i zgodne z prawem. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie danych i podjęcie decyzji przez człowieka.
- Podanie danych osobowych jest konieczne do przygotowania oferty umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe przygotowanie oferty umowy ubezpieczenia, ani zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

3. Okres przechowywania danych

- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

- Administrator przestanie przetwarzać dane osobowe wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego w przypadku nie zawarcia umowy, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli wycofa Pani/Pan zgodę w tym zakresie.

4. Przekazywanie danych

- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

5. Prawa

- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- Przysługuje Pani/Panu prawo do przeniesienia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o Administratorze danych osobowych – klauzula sprzedażowa

1. Administrator i dane kontaktowe

- Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.
- Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

2. Przetwarzanie danych

- Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążący na administratorze,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług; w przypadku wyrażenia poniższej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, w przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń.

- Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie, na podstawie Pani/Pana danych dotyczących przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Metody profilowania są monitorowane i zgodne z prawem. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie danych i podjęcie decyzji przez człowieka.
- Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

3. Okres przechowywania danych

- 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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
- Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach. Do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

4. Przekazywanie danych

- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
- Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

5. Prawa

- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
- W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Concordia

1) Na mocy przepisów ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (dalej: RODO) Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą przy ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań jest administratorem Pana/Pani danych osobowych.
2) Jako administrator danych osobowych Concordia Polska T.U. S.A. informuje Pana/Panią, iż:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia; Pana/Pani dane przetwarzane będą również w celu marketingu bezpośredniego produktów administratora;
- posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- dane mogą być ujawnione przez Ubezpieczyciela innym zakładom ubezpieczeń, prowadzącym działalność w zakresie reasekuracji czynnej, w celach związanych z reasekuracją ryzyka oraz innym podmiotom wykonującym usługi i spełniającym świadczenia objęte Umową ubezpieczenia, jak również podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1844) o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) lub b) i zgodnie z treścią RODO;
- kontakt z inspektorem ochrony danych u Ubezpieczyciela możliwy jest pod adresem e-mail iod@concordiaubezpieczenia.pl lub nr tel. 61 858 48 00;
- dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonania Umowy ubezpieczenia oraz wynikający z innych przepisów prawa;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.

Cardif

Administratorem danych osobowych, u którego wyznaczony jest inspektor ochrony danych, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można się skontaktować poprzez adres email: iod@cardif.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora: Inspektor Ochrony Danych BNP Paribas Cardif w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.

Oświadczenia Ubezpieczyciela jako administratora danych

Cardif Polska oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane przez niego w następujących celach:

- w celu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia i realizacji Ochrony ubezpieczeniowej oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawna przetwarzania danych jest niezbędność ich posiadania do realizacji Ochrony ubezpieczeniowej oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia (art. 6 ust. 1 lit. a) i b) Rozporządzenia* oraz art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej);
- w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, w szczególności: w celu marketingu bezpośredniego produktów Cardif Polska, zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego (reasekuracja) oraz profilowania (art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia*); Profilowanie będzie dotyczyło określenia preferencji lub potrzeb w zakresie oferowanych przez Ubezpieczyciela produktów ubezpieczeniowych;
- Cardif Polska oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych, w szczególności wypełnienia przez administratora danych prawnych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia*);
- Cardif Polska oświadcza, że powierzone do przetwarzania dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zgoda została udzielona tj. 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 dotyczących Umowy ubezpieczenia;
- Ubezpieczyciel oświadcza, że w związku z przetwarzaniem danych osobowych, osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

* Rozporządzenie – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

Europ Assistance

Celem niniejszej informacji o polityce ochrony prywatności jest wyjaśnienie, w jaki sposób i do jakich celów wykorzystujemy Pana/Pani dane osobowe. Prosimy o uważne zapoznanie się z treścią niniejszej informacji.

1) Który podmiot prawny będzie wykorzystywał Pana/Pani dane osobowe?

   Europ Assistance S.A., działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405, działająca na terytorium Polski i reprezentowana przez:

   Europ Assistance Irish Branch z siedzibą w Dublinie, 4th Floor 4 – 8 Eden Quay, Dublin 1 Irlandia, zarejestrowaną w Urzędzie Rejestrowym pod nr 907 089.

1.1.1. W jaki sposób będziemy wykorzystywać Pana/Pani dane osobowe?

- Europ Assistance S.A., będzie wykorzystywać Pana/Pani dane osobowe do celów: I) ubezpieczenia i zarządzanie ryzykiem, II) wystawiania polis ubezpieczeniowych i zarządzanie nimi, III) likwidacji szkód ubezpieczonych, IV) działań marketingowych i promocyjnych, V) udostępniania informacji do celów zwalczania nadużyć).
- Podstawę prawną do przetwarzania Pana/Pani danych osobowych przez Europ Assistance S.A. stanowi Umowa Generalna w zakresie realizacji programu ubezpieczeniowego „Leasing Assistance" oraz działania podjęte na Pana/Pani żądanie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

1.1.2. Jakie dane osobowe będziemy wykorzystywać?

- Przetwarzane będą wyłącznie dane osobowe, które są niezbędne do powyższych celów. Europ Assistance S.A. będzie przetwarzać w szczególności: Imię, Nazwisko, Nazwa

1.1.3. Jakimi środkami będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe?

- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane za pośrednictwem informatycznych systemów operacyjnych oraz formularzy papierowych.

1.1.4. Komu będziemy udostępniać Pana/Pani dane osobowe?

- Możemy udostępniać Pana/Pani dane osobowe innym podmiotom Europ Assistance S.A. a także podmiotom, którymi Europ Assistance posługuje się przy świadczeniu usług objętych umową ubezpieczenia oraz organom nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym takim jak Komisja Nadzoru Finansowego, czy Rzecznik Finansowy.

1.1.5. Dlaczego wymagane jest przekazanie Pana/Pani danych osobowych?

- Przekazanie Pana/Pani danych jest wymagane ze względu na realizację postanowień umowy ubezpieczenia. W przypadku ich nieprzekazania brak jest możliwości świadczenia usługi z tytułu zawarcia umowy.

1.1.6. Jakie prawa przysługują Panu/Pani w związku z własnymi danymi osobowymi?

- W odniesieniu do własnych danych osobowych przysługują Panu/Pani następujące prawa:
- Dostęp – może Pan/Pani zażądać udzielenia nieodpłatnego dostępu do własnych danych;

- Sprostowanie – może Pan/Pani wystąpić do Europ Assistance S.A. o skorygowanie nieprawidłowych lub niepełnych danych osobowych;
- Usunięcie – może Pan/Pani wystąpić do Europ Assistance S.A. o usunięcie danych osobowych w przypadku, gdy zachodzi jedna z następujących okoliczności:
  a. Dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w inny sposób przetwarzane;
  b. Wycofał(-a) Pan/Pani zgodę, na której opiera się przetwarzanie, i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania;
  c. Wnosi Pan/Pani sprzeciw wobec przetwarzania i nie występują nadrzędne prawnie uzasadnione podstawy przetwarzania lub wnosi Pan/Pani sprzeciw wobec przetwarzania na potrzeby marketingu bezpośredniego;
  d. Dane osobowe były przetwarzane niezgodnie z prawem;
  e. Dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku prawnego przewidzianego w prawie Unii lub prawie państwa członkowskiego, któremu podlega Europ Assistance S.A.;
  f. Dane osobowe zostały zebrane w związku z oferowaniem usług społeczeństwa informacyjnego.
- Ograniczenie przetwarzania – może Pan/Pani wystąpić do Europ Assistance S.A. o ograniczenie sposobu przetwarzania Pana/Pani danych osobowych w przypadku, gdy zachodzi jedna z następujących okoliczności:
  a. Kwestionuje Pan/Pani prawidłowość swoich danych osobowych – na okres pozwalający Europ Assistance S.A. sprawdzić prawidłowość tych danych; Przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a Pan/Pani sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
  b. Europ Assistance S.A. nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne Panu/Pani do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
  c. Wniósł/wniosła Pan/Pani sprzeciw wobec przetwarzania w związku z prawem do sprzeciwu i zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Europ Assistance S.A. są nadrzędne wobec podstaw Pana/Pani sprzeciwu.
- Przenoszenie danych – może Pan/Pani wystąpić do Europ Assistance S.A. o przekazanie dostarczonych nam danych do innej organizacji lub wystąpić o dostarczenie swoich danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.
- Wycofanie zgody – może Pan/Pani w dowolnym momencie wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych.
- Sprzeciw – może Pan/Pani wnieść sprzeciw wobec przetwarzania przez Europ Assistance S.A. Pana/Pani danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego lub w innej sytuacji przewidzianej w przepisach prawa poprzez powiadomienie o Pana/Pani zastrzeżeniach na adres mailowy iod@europ-assistance.pl.

1.1.7. W jaki sposób można wnieść skargę?

- Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1.1.8. Jak długo będziemy przechowywać Pana/Pani dane osobowe?

- Będziemy przechowywać Pana/Pani dane do momentu wygaśnięcia Pana/Pani roszczeń z umowy ubezpieczenia, a następnie przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa (np. prawa podatkowego).

1.1.9. Nasz inspektor ochrony danych

- W przypadku jakichkolwiek pytań należy skontaktować się z iod@europ-assistance.pl

AXA

Broszura informacyjna przetwarzanie danych osobowych

Prawidłowe przetwarzanie Państwa danych osobowych jest dla naszej firmy sprawą wysokiej wagi, a ich ochronę traktujemy jak oczywistość. Z związku z tym chcielibyśmy dostarczyć Państwu szczegółowych informacji o tym, dlaczego i w jakim celu przetwarzamy Państwa dane osobowe, jakie prawa przysługują Państwu w związku z ich przetwarzaniem oraz wszelkich innych informacji w tym zakresie, które mogą być dla Państwa istotne.

Pragniemy zapewnić Państwa o tym, że w Grupie AXA przestrzegamy surowych zasad określających, którzy pracownicy lub które działy mają dostęp do Państwa danych osobowych oraz jakie dane osobowe mogą podlegać przetwarzaniu. Nie przekazujemy Państwa danych osobowych poza Grupę AXA, chyba że życzą sobie Państwo przekazać Państwa dane osobowe innemu administratorowi i wyrażą Państwo na to zgodę, gdy jest to wymagane prawem lub jest to w naszym uzasadnionym interesie. Prosimy o zapoznanie się z przygotowanymi przez nas informacjami dotyczącymi naszego sposobu przetwarzania danych. Dołożyliśmy wszelkich starań, żeby dokument ten był jak najbardziej przejrzysty i praktyczny.

Poniższe akapity zawierają szczegółowe informacje niezbędne do zrozumienia, na czym dokładnie polega wyrażana przez Państwa zgoda na przesyłanie informacji handlowych.

Informacje dotyczące przetwarzania państwa danych

1. Administrator danych osobowych
2. Inspektor ochrony danych
3. Cel przetwarzania danych osobowych
4. Kategorie przetwarzanych danych osobowych
5. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych osobowych
6. Przekazywanie danych osobowych państwom trzecim
7. Okres przechowywania danych osobowych
8. Prawa osoby, której dane dotyczą
9. Informacja, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, czy umownym
10. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

1. Administrator danych osobowych

- Administratorem danych osobowych jest spółka, która określa cele i sposoby przetwarzania Państwa danych osobowych. Zazwyczaj jest to spółka, której podali Państwo swoje dane osobowe. W tej sytuacji Państwa administratorem danych jest FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED, część AXA, zakład ubezpieczeń z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania (dalej „Ubezpieczyciel"). Ubezpieczyciel jest częścią międzynarodowej Grupy AXA. Adres strony internetowej https://pl.clp.partners.axa/.
- Oferujemy takie produkty jak: ubezpieczenie utraty wartości rynkowej (GAP), ubezpieczenie stałych płatności oraz przedłużenie gwarancji. Oferujemy również szeroką gamę ubezpie-

czeń typu assistance: assistance samochodu, assistance domowe, ubezpieczenie zdrowotne, w tym drugą opinię medyczną, ubezpieczenie pojazdu ciężarowego. Jesteśmy liderem na rynku ubezpieczeń turystycznych.

- W ramach powyższej działalności Ubezpieczyciel pełni funkcję administratora, tj. określa, w jaki sposób Państwa dane są wykorzystywane, w trybie przedstawionym poniżej.

2. Inspektor danych osobowych

- Ponadto Ubezpieczyciel korzysta z usług inspektora ochrony danych, który nadzoruje poprawne przetwarzanie danych osobowych.
- Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób odpowiadający Państwa preferencjom i możliwościom:
  - drogą mailową clp.pl.dataprivacy@partners.axa,
  - listownie, pisząc na adres: AXA, ul. Prosta 68, 00-838 Warszawa.
- Mogą Państwo skontaktować się z inspektorem ochrony danych w przypadku wszelkich pytań dotyczących przetwarzania Państwa danych oraz w celu wykonania przysługujących Państwu niżej wymienionych praw.

3. Cel przetwarzania danych osobowych

- Na tym etapie zawierania umowy Państwa dane mogą być przetwarzane do następujących celów:
  - zawarcie i realizacja umowy ubezpieczenia oraz przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawę prawną do przetwarzania danych stanowią cele w postaci zawarcia i realizacji umowy;
  - zautomatyzowana ocena ryzyka ubezpieczeniowego w ramach profilowania przed zawarciem umowy – podstawą prawną do przetwarzania danych jest spełnienie przez administratora zobowiązania prawnego;
  - bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest ich przetwarzanie w uzasadnionym interesie administratora; Uzasadniony interes administratora oznacza prowadzenie marketingu bezpośredniego jego usług;
  - bezpośredni marketing produktów i usług administratora, w tym przetwarzanie danych do celów analitycznych oraz do celów profilowania po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest zgoda, którą mogą Państwo nam dostarczyć;
  - wykonywanie zobowiązań administratora związanych z obowiązkami sprawozdawczymi – w tym przypadku podstawą prawną przetwarzania są zobowiązania prawne wynikające z odmiennego prawa obowiązującego, którym jesteśmy związani;
  - ustawa o wypełnianiu obowiązków podatkowych w stosunku do rachunków posiadanych za granicą (FATCA) / swap walutowy – podstawa prawna przetwarzania jest niezbędna do spełnienia zobowiązania prawnego nałożonego na administratora w związku z wymogiem zachowania zgodności z międzynarodowymi zobowiązaniami podatkowymi oraz wdrożenia FATCA a także przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi krajami;

- dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność jego przeprowadzenia w celu realizacji uzasadnionego interesu administratora;
- jako środek przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania danych w uzasadnionym interesie administratora; uzasadniony interes administratora zawiera się w możliwości przeciwdziałania przestępstwom popełnionym na szkodę towarzystwa ubezpieczeniowego i ścigania takich przestępstw;
- reasekuracja ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność jego przeprowadzenia w celu realizacji uzasadnionego interesu administratora; uzasadniony interes administratora zawiera się w obniżeniu ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową poprzez reasekurację.

4. Kategorie przetwarzanych danych osobowych

   Poniżej znajduje się opatrzony przykładami opis konkretnych rodzajów danych osobowych. Gromadzimy i przechowujemy tylko takie dane osobowe, które są niezbędne w związku z danym celem:

- Podstawowe dane identyfikacyjne
  - Państwa dane osobowe takie jak imię i nazwisko, data urodzenia i numer identyfikacyjny. W przypadku przedsiębiorców gromadzimy takie informacje jak firma spółki, jej numer identyfikacyjny i adres jej siedziby.
- Dane kontaktowe
  - Adres pocztowy, numer telefonu i/lub adres e-mail są niezbędne, abyśmy mogli dostarczyć Państwu przedmiotowe informacje.
- Informacje dotyczące polisy
  - Przechowujemy informacje na temat wybranego produktu i jego specyfikacji, szacunkowego wieku, miejsca docelowego i okresu trwania umowy.
- Inne dane osobowe, które podadzą nam Państwo w przyszłości lub które otrzymamy od innych podmiotów.

5. Odbiorcy lub kategorie odbiorców danych osobowych

   Ochrona i prawidłowe przetwarzanie Państwa danych jest prawnym obowiązkiem administratora Państwa danych osobowych wykorzystywanych do celów marketingowych. Te same wymogi stosują się w przypadku innych współadministratorów Państwa danych osobowych. Administrator lub współadministratorzy mogą w celu przetwarzania danych korzystać z usług podmiotów przetwarzających. Podmiot przetwarzający dane osobowe jest osobą fizyczną lub prawną, organem administracji publicznej, agencją lub innym organem przetwarzającym dane osobowe w imieniu administratora. W takich przypadkach ochrona Państwa danych osobowych jest zapewniona – zarówno na podstawie umowy jak i na mocy przepisów regulacyjnych – w równym stopniu, co w przypadku przetwarzania danych przez administratora.

- Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane:
  - towarzystwom reasekuracji,

- podmiotom, które dokonują przetwarzania na nasze żądanie, m. in. dostawcom usług informatycznych, podmiotom, które przetwarzają dane w celu pobierania należności lub agentom ubezpieczeniowym,
- dostawcom usług w celu zaspokojenia roszczeń i świadczenia usług, w tym celem świadczenia pomocy w sytuacjach kryzysowych lub usług w dziedzinie odtwarzania miejsca pracy, dostępnych na podstawie Państwa polisy ubezpieczeniowej.

- Te podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z AXA i zawsze zgodnie z naszymi wytycznymi.
- W tym przypadku Państwa dane trafiają do następujących, uszeregowanych wg kategorii, podmiotów:
  - dostawcy usług informatycznych
    - IBM Polska Sp. z o.o.
  - dostawcy usług likwidacji szkód
    - AXA Partners S.A. Oddział w Polsce
    - Inter Partner Asisstance Polska S.A.
    - AXA Assistance CZ sro
- Możemy udostępniać niektóre Państwa informacje innym spółkom w ramach międzynarodowej Grupy AXA, które współpracują z nami przy świadczeniu określonych usług, takich jak: całonocna likwidacja szkód, nagrywanie rozmów i weryfikacja uprawnień podmiotów do prowadzenia określonej działalności. Wyżej wymienione grupy podmiotów działają w naszym imieniu, przy czym jesteśmy odpowiedzialni za sposób, w jaki wykorzystują one Państwa dane osobowe do ww. celów.
- Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe innym spółkom w ramach międzynarodowej Grupy AXA do celów zarządzania kosztami roszczeń, udoskonalania produktów, personalizacji oferty produktowej oraz zapobiegania działalności oszukańczej i wykrywania jej. Ponadto możemy wykorzystywać dane w celach statystycznych. Wyżej wymienione spółki na podstawie dostarczonych im informacji nie będą mogły zidentyfikować żadnego użytkownika.
- Ponadto możemy ujawniać Państwa dane następującym osobom trzecim:
  - organom sądowym lub organom kontrolnym;
  - stronom w bieżących lub przyszłych postępowaniach lub osobom wspierającym nas w ustalaniu, wykonywaniu lub ochronie naszych praw. Możemy na przykład udostępniać informacje o Państwa danych osobowych świadczącym dla nas usługi radcom prawnym lub innym zawodowym doradcom.
- Możemy także przekazywać dotyczące Państwa informacje innym spółkom z Grupy AXA – w zakresie objętym udzieloną przez Państwa zgodą lub w przypadku gdy prawo tego wymaga lub na to zezwala.

6. Przekazywanie danych osobowych państwom trzecim

- Państwa dane mogą zostać przekazane państwu trzeciemu w przypadku, gdy jest to niezbędne do realizacji konkretnego świadczenia na mocy zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia.

- Przy przekazywaniu danych poza Europejski Obszar Gospodarczy i Szwajcarię dbamy o zastosowanie odpowiednich środków do ochrony Państwa danych.
- W przypadku przekazywania Państwa danych poza teren Polski i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zapewniamy taki poziom ochrony, który w najbliższym stopniu odpowiada wymogom polskiej ustawy o ochronie danych osobowych.
- W takich wyżej opisanych sytuacjach przekazania danych dokonuje się w oparciu o:
  - wiążące reguły korporacyjne,
  - standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską,
  - standardowe klauzule ochrony danych zatwierdzone przez organ nadzorczy,
  - zatwierdzony kodeks etyki,
  - zatwierdzony mechanizm certyfikacji.
- Ponadto możemy przekazywać Państwa dane osobowe w określonych sytuacjach, w których zezwala na to prawo, np. kiedy przekazanie jest niezbędne do realizacji umowy ubezpieczeniowej pomiędzy Państwem a Ubezpieczycielem oraz kiedy jest ono niezbędne do ochrony istotnych interesów Państwa lub ubezpieczonych, zwłaszcza w przypadku umowy ubezpieczenia, w ramach której działamy w celu ochrony Państwa zdrowia lub życia.
- Grupa AXA prowadzi działalność na całym świecie, co wiąże się z tym, że zagraniczne spółki świadczą na jej rzecz określone usługi. Przy przekazywaniu danych poza Europejski Obszar Gospodarczy i Szwajcarię dbamy o zastosowanie odpowiednich środków do ochrony Państwa danych.

7. Okres przechowywania danych osobowych

- Państwa dane osobowe są przechowywane do upływu okresu na składanie roszczeń na podstawie umowy ubezpieczenia lub do wygaśnięcia wynikającego z obowiązującego prawa zobowiązania do przechowywania danych, szczególnie zobowiązania do przechowywania dokumentów księgowych, dokumentów dotyczących umów ubezpieczeniowych i międzynarodowych przepisów.

8. Prawa osoby, której dane dotyczą

- Przy wykorzystywaniu danych osobowych stosujemy zasadę minimalizacji, tj. po upływie okresu, przez który byliśmy zobowiązani do przechowywania Państwa danych osobowych anonimizujemy je w naszych bazach danych i systemach informatycznych. W Grupie AXA przestrzegamy rygorystycznych wewnętrznych zasad ochrony prywatności, co daje Państwu pewność, że nie przechowujemy danych osobowych dłużej niż jesteśmy do tego upoważnieni ani dłużej niż jest to wymagane.
- Mogą Państwo zażądać od nas udostępnienia Państwa danych osobowych, wprowadzenia do nich poprawek, usunięcia ich lub ograniczenia zakresu, w jakim są przetwarzane i przekazywane.
- Mogą Państwo w dowolnej chwili wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie danych w zakresie nią objętym, przy czym taka decyzja nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania danych dokonanego na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.
- Niezależnie od wyżej wymienionych praw mogą Państwo sprzeciwić się przetwarzaniu danych, jeśli:
  - mają być wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego,

- przetwarzanie jest konieczne do realizacji zadania publicznego lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych.
- przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z uzasadnionego interesu administratora danych lub osoby trzeciej.
- Są Państwo uprawnieni do złożenia skargi do organu nadzorczego – Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

9. Informacja, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym

- Samo zawarcie umowy nie zobowiązuje Państwa do przekazania danych osobowych, ale dane te są niezbędne do zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia oraz do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego – odmowa przekazania danych osobowych uniemożliwia zatem zawarcie umowy ubezpieczenia.

10. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

- Informacje podane przez Państwa we wniosku o zawarcie lub odnowienie umowy ubezpieczenia zostaną poddane zautomatyzowanemu przetwarzaniu w systemach Grupy AXA w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Jej wynik zadecyduje o tym, czy otrzymają Państwo propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia, odpowiedź odmowną czy propozycję zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od pierwotnie zaproponowanych.

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: AUTOCASCO I KRADZIEŻ DLA FLOT SAMOCHODOWYCH (Dział II, Grupa 3)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia AUTOCASCO I KRADZIEŻY DLA FLOT SAMOCHODOWYCH (AC/KR) o symbolu C3912 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 2 lutego 2016 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

AC/KR dla flot samochodowych to ubezpieczenia kierowane do przedsiębiorców użytkujących i deklarujących do ubezpieczenia co najmniej 5 pojazdów. AC/KR to ubezpieczenie pojazdów od uszkodzeń i kradzieży, gwarantujące ochronę dopasowaną do potrzeb klienta. W zależności od oczekiwań i możliwości finansowych klienta dostępne są różne opcje ubezpieczenia począwszy od pełnego wariantu umożliwiającego naprawę w autoryzowanych stacjach obsługi (ASO) z opcją Gwarantowanej Sumy Ubezpieczenia, która nie ulega zmianie przez cały okres trwania umowy, aż po tańsze warianty uwzględniające możliwość wprowadzenia franszyz, udziałów własnych, redukcji sumy ubezpieczenia czy procentowego pomniejszenia wartości części.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ pojazdy wraz z wyposażeniem ubezpieczamy od uszkodzeń, całkowitego zniszczenia, ryzyka utraty jego elementów oraz kradzieży
- ✓ ubezpieczenie AC/KR zawierane jest w formule all risks czyli obejmuje wszelkie zdarzenia nieujęte w wyłączeniach odpowiedzialności w OWU
- ✓ ubezpieczeniem mogą być objęte wszystkie pojazdy bez względu na ich rodzaj, wiek i wartość

Suma ubezpieczenia odpowiada wartości ubezpieczonego pojazdu w danym momencie trwania umowy.

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczeń AC/KR zawarty jest w §3 i §4 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × pojazdów zarejestrowanych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
- × awarii pojazdu
- × przywłaszczenia, o którym mowa w art. 284 Kodeksu karnego
- × wyposażenia dodatkowego niewymienionego w dokumencie ubezpieczenia

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w §3 i §5 OWU.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Warta nie odpowiada za szkody:

- ! spowodowane umyślnie
- ! powstałe podczas kierowania pojazdem, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu
- ! spowodowane przez kierującego po użyciu alkoholu lub narkotyku, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody
- ! powstałe podczas jazd wyścigowych, konkursowych, rajdowych oraz treningów do tych jazd
- ! w ogumieniu, chyba że zostało uszkodzone przez osoby trzecie lub łącznie z innymi elementami pojazdu podczas szkody
- ! powstałe na skutek niewłaściwego załadowania i przewożenia ładunku lub bagażu

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §5, §6, §13, §15 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz pozostałych krajów europejskich (Rosja i Turcja w europejskich częściach ich terytoriów), a także Maroka, Tunezji i Izraela (szkody powstałe na terytorium Gruzji nie są objęte ubezpieczeniem)

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności oraz informacji, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- zawiadomienie Warty w trakcie trwania umowy o zmianach ww. okoliczności, w szczególności takich jak utrata kluczyków lub urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą czy zmiana sposobu użytkowania pojazdu; zawiadomienia należy dokonać na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu o nich wiadomości
- opłacenie składki zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- w przypadku zajścia szkody przedsięwzięcie odpowiednich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku, użycie dostępnych środków w celu ratowania pojazdu, zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów
- zgłoszenie szkody nie później niż w ciągu 7 dni od jej powstania poprzez kontakt z Centrum Obsługi Klienta Warty; kradzież pojazdu należy zgłosić nie później niż w ciągu 12 godzin od uzyskania o niej informacji na policję oraz w ciągu 24 godzin do Warty
- w przypadku uszkodzenia pojazdu za granicą, uzyskanie zgody Warty na jego naprawę poza Rzeczpospolitą Polską
- postępowanie zgodnie z dyspozycjami Centrum Obsługi Klienta Warty

Szczegółowe informacje dotyczące obowiązków podane są w §6, §12–15, §17, §19, §24 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach, gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub w terminie późniejszym – wysokość rat składki i terminy płatności są określone w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie.
Ochrona ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta
- z chwilą wypłaty odszkodowania za szkodę polegającą na kradzieży bądź całkowitym zniszczeniu pojazdu
- z dniem udokumentowania nieobjętej ubezpieczeniem szkody polegającej na trwałej i zupełnej utracie pojazdu
- w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu. Zasada ta nie obowiązuje w przypadku, gdy prawo własności przechodzi na dotychczasowego użytkownika
- z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań
- z dniem odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia w przypadkach określonych w OWU

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w §9 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można odstąpić składając pisemne powiadomienie w terminie:
- 30 dni od dnia zawarcia umowy - osoby fizyczne
- 7 dni od dnia zawarcia umowy - przedsiębiorcy

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §9 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA AUTOCASCO I KRADZIEŻY DLA FLOT SAMOCHODOWYCH

(TEKST JEDNOLITY z uwzględnieniem zmian wprowadzonych Aneksem Nr 1/2015)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3 i § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5, § 13 ust. 2-4, § 15 ust. 3-4

CZĘŚĆ I
DEFINICJE I ZAKRES OCHRONY

Postanowienia ogólne
§1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia autocasco (AC) i kradzieży (KR) dla flot samochodowych, zwane dalej OWU AC/KR, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" Spółka Akcyjna, zwane dalej WARTA, z Ubezpieczającymi, którzy posiadają (użytkują) i deklarują do ubezpieczenia flotę co najmniej 5 pojazdów.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka przez WARTĘ, mogą być zastosowane w umowie ubezpieczenia postanowienia dodatkowe, inne niż określone w niniejszych ogólnych warunkach. Wprowadzenie takich postanowień wymaga zastosowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Definicje
§2

1. **Awaria** – przypadek losowy wynikający z przyczyn wewnętrznych ubezpieczonego pojazdu powodujących, że pojazd, jego część lub element wyposażenia, nie mogą być aktualnie użytkowane zgodnie z jego przeznaczeniem.
2. **Całkowite zniszczenie** – szkoda, w wyniku której przedmiot ubezpieczenia uległ uszkodzeniu w takim stopniu, że wartość ustalona przez WARTĘ w stanie uszkodzonym przedmiotu ubezpieczenia jest równa zeru.
3. **Centrum Alarmowe WARTY** – jednostka organizacyjna WARTY zajmująca się telefoniczną obsługą w zakresie udzielenia pomocy i przyjęcia zgłoszenia szkody na zasadach określonych w OWU AC/KR. Numer telefonu do Centrum Alarmowego WARTY podany jest w dokumencie ubezpieczenia.
4. **Doubezpieczenie** – umowa uzupełniająca w razie zwiększenia się wartości pojazdu w czasie trwania umowy ubezpieczenia (potwierdzonego przez uprawnionego przedstawiciela WARTY) lub w razie uzupełnienia sumy ubezpieczenia po wypłacie odszkodowania.
5. **Gwarantowana Suma Ubezpieczenia (GSU)** – opcja w umowie ubezpieczenia AC/KR, na podstawie której – przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia – suma ubezpieczenia równa jest wartości pojazdu w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
6. **Jazda próbna** – posługiwanie się w ruchu drogowym pojazdem, polegające na eksploatowaniu pojazdu w ramach badań i prób prowadzonych przez przedsiębiorstwa produkujące pojazdy lub ich części albo elementy ich wyposażenia, a także przez prowadzące takie badania placówki naukowo-badawcze. Pojęcie to nie obejmuje jazd demonstracyjnych, tj. posługiwania się pojazdem w ruchu drogowym polegającego na eksploatowaniu pojazdu w celu wyeksponowania jego cech technicznych i użytkowych potencjalnemu nabywcy pojazdu przez właściciela – sprzedawcę prowadzącego działalność, polegającą na zarobkowej sprzedaży samochodów.
7. **Kradzież** – jest to działanie sprawcy o znamionach określonych w art. 278 KK (kradzież rzeczy ruchomych), 279 KK (kradzież z włamaniem), które doprowadziło do zaboru pojazdu, zabezpieczonego w sposób opisany w § 8 i w art. 280 KK (rozbój).
   Pojęcie to nie obejmuje przywłaszczenia, o którym mowa w art. 284 KK, oraz przypadku, gdy sprawca wszedł w posiadanie kluczy/klucza, karty lub innego urządzenia służącego do otwarcia lub uruchomienia pojazdu za wiedzą lub wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, innych osób upoważnionych do korzystania z pojazdu, osób, z którymi Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
8. **Odszkodowanie** – kwota ustalona według zasad określonych w niniejszych OWU AC/KR, należna w razie powstania szkody.
9. **Okres ubezpieczenia** – wymieniony w dokumencie ubezpieczenia przedział czasowy, którego dotyczy zawarta umowa ubezpieczenia.
10. **Osoba upoważniona do użytkowania pojazdu** – osoba użytkująca pojazd za zgodą Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej.
11. **Pojazdy** – pojazdy podlegające rejestracji w Rzeczypospolitej Polskiej stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym oraz inne pojazdy napędzane umieszczonym na nich silnikiem zasilanym z własnego źródła energii, a także trolejbusy i tramwaje.
12. **Rekwizyt** – pojazd wykorzystywany w przedstawieniu teatralnym, na planie telewizyjnym lub filmowym, związany z akcją sztuki albo filmu.
13. **Ruch pojazdu** – sytuacja zaistniała, gdy pojazd jest kierowany i porusza się wskutek pracy własnego silnika, silnika pojazdu ciągnącego lub siłą bezwładności.
14. **Suma ubezpieczenia** – określona w złotych i zmieniająca się w czasie trwania umowy ubezpieczenia kwota odpowiadająca wartości ubezpieczonego pojazdu w danym momencie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 20 ust. 2 ustalona zgodnie z OWU AC/KR i stanowiąca górną granicę odpowiedzialności WARTY.
15. **Szkoda** – straty majątkowe powstałe w wyniku jednego zdarzenia objętego ochroną w ramach niniejszych OWU AC/KR.
16. **Szkoda całkowita** – szkoda, w wyniku której pojazd uległ uszkodzeniu w takim stopniu, że koszty jego naprawy ustalone zgodnie z § 16 (przy kosztach naprawy brutto – z uwzględnieniem podatku VAT) przekraczają 70% wartości tego pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody.
17. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła umowę ubezpieczenia AC/KR z WARTĄ. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
18. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia – w rozumieniu niniejszych OWU AC/KR osobą tą jest właściciel pojazdu.
19. **Udział własny** – kwota, o którą pomniejsza się wysokość odszkodowania ustalonego zgodnie z §§ 16-20, naliczana procentowo od wysokości odszkodowania.
20. **Użytkownik** – osoba upoważniona do korzystania z pojazdu na podstawie umowy leasingu lub kredytu wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
21. **Wartość pojazdu** – wartość ustalona przez WARTĘ na podstawie notowań rynkowych pojazdu danej marki, typu, modelu z uwzględnieniem jego cech indywidualnych, historii użytkowania oraz wyposażenia przyjętego do ubezpieczenia. Notowania stanowiące podstawę do ustalenia wartości pojazdu zawarte są w katalogach/programach komputerowych, uznanych przez WARTĘ (np. Info-Ekspert). W dokumencie ubezpieczenia odnotowuje się nazwę katalogu/programu komputerowego stanowiącego podstawę ustalenia wartości pojazdu w dniu zawierania ubezpieczenia. Przy braku notowań rynkowych danego pojazdu wartość przyjętą do ubezpieczenia ustala się metodą oceny indywidualnej (np. przyjmując średnią z wartości podobnych typów pojazdów). Jako wartość pojazdu nowego zakupionego w krajowej sieci dealerskiej przyjmuje się wartość fakturową w okresie 6 miesięcy od daty wystawienia faktury.
22. **Wiek pojazdu** – ustala się jako różnicę pomiędzy rokiem, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia a rokiem budowy/produkcji pojazdu.
23. **Wniosek o ubezpieczenie** – formularz WARTY albo inny dokument, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, zawierający niezbędne dane dotyczące właściciela/użytkownika i Ubezpieczającego oraz pojazdu z jego wyposażeniem.
24. **Wyposażenie dodatkowe** – wymienione we wniosku o ubezpieczenie elementy, zamontowane na stałe w pojeździe, tj. takie, których demontaż wymaga użycia narzędzi i nie stanowiące wyposażenia standardowego pojazdu. Za wyposażenie dodatkowe uważa się:
    1) sprzęt łączności radiofonicznej oraz zestawy samochodowe głośno mówiące (wraz z elementami połączeniowymi oraz anteną), z wyłączeniem telefonów komórkowych i radiotelefonów, które nie są wyposażeniem dodatkowym w rozumieniu niniejszych OWU AC/KR,
    2) sprzęt audiofoniczny i audiowizualny wraz z głośnikami, elementami połączeniowymi oraz anteną,
    3) taksometr wraz z elementami połączeniowymi,
    4) bagażnik zewnętrzny,
    5) napisy i naklejki reklamowe,

6) hak holowniczy,
7) inne, po indywidualnej ocenie ryzyka dokonanej przez WARTĘ.

Wartość wyposażenia dodatkowego pojazdu, wymienionego we wniosku o ubezpieczenie, podwyższa całkowitą wartość pojazdu.

25. **Wyposażenie standardowe pojazdu** – urządzenia, które są montowane standardowo przez producenta w warunkach montażu fabrycznego, generalnego importera pojazdu lub autoryzowanego dealera samochodowego ze względów wynikających m.in. z przepisów dotyczących zasad homologacji dla danej wersji (marki, typu, modelu) pojazdu, służące do utrzymania i używania pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem, a także służące bezpieczeństwu jazdy, podwyższeniu komfortu jazdy oraz zabezpieczeniu pojazdu przed kradzieżą – jeśli zostały one zamontowane na stałe w pojeździe, tj. ich demontaż wymaga użycia narzędzi; zamontowanie na stałe nie jest wymagane w odniesieniu do np. gaśnicy, apteczki, trójkąta ostrzegawczego, fotelika lub specjalnej podkładki przeznaczonych do przewozu dzieci. Dodatkowo za wyposażenie standardowe uważa się instalacje zasilania gazem i instalacje hybrydowe. Wartość wyposażenia standardowego pojazdu podwyższa całkowitą wartość pojazdu.

Przedmiot ubezpieczenia
§ 3

1. WARTA ubezpiecza pojazdy wraz z ich wyposażeniem standardowym.
2. Na wniosek Ubezpieczającego WARTA może objąć ochroną wyposażenie dodatkowe, uwzględniając wartość każdego elementu wyposażenia w sumie ubezpieczenia pojazdu.
3. Pojazd zarejestrowany za granicą Rzeczypospolitej Polskiej (RP) nie może być ubezpieczony na zasadach określonych w niniejszych OWU AC/KR.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej
§ 4

1. Z tytułu umowy ubezpieczenia AC przysługuje odszkodowanie w razie uszkodzenia bądź całkowitego zniszczenia pojazdu wraz z wyposażeniem przyjętym do ubezpieczenia oraz utraty elementów pojazdu lub wyposażenia przyjętego do ubezpieczenia wskutek wszelkich zdarzeń niezależnych od woli Ubezpieczonego lub osoby upoważnionej do korzystania z pojazdu z wyłączeniem szkód wymienionych w § 5.
2. W zakresie podstawowym umowa ubezpieczenia AC zawierana jest bez wprowadzenia redukcji sumy ubezpieczenia, udziału własnego, franszyz oraz procentowego pomniejszenia wartości części. Na wniosek Ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać zmieniony zgodnie z § 7.
3. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia AC o ryzyko KR przysługuje odszkodowanie w razie kradzieży pojazdu z wyłączeniem sytuacji opisanych w § 5.
4. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie AC i KR objęte są szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz pozostałych krajów europejskich (Rosja i Turcja w europejskich częściach ich terytoriów), a także Maroka, Tunezji i Izraela. W rozumieniu niniejszych OWU szkody powstałe na terytorium Gruzji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

Wyłączenia odpowiedzialności
§ 5

1. WARTA nie odpowiada za szkody:
   1) spowodowane:
      a) umyślnie przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, inne osoby upoważnione do korzystania z pojazdu, a także osoby, z którymi Ubezpieczający, Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
      b) wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, inne osoby upoważnione do korzystania z pojazdu, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   2) spowodowane przez osoby wymienione w pkt 1), kierujące pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii albo podobnie działających leków, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
   3) powstałe podczas kierowania pojazdem przez osoby wymienione w pkt 1) bez wymaganych prawem kraju zajścia zdarzenia, uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
   4) powstałe w pojeździe użytym przez osoby wymienione w pkt 1) jako narzędzie przestępstwa,
   5) gdy kierowca zbiegł lub oddalił się z miejsca zdarzenia mimo spoczywającego na nim prawnego obowiązku pozostania na miejscu zdarzenia lub polecenia pozostania na miejscu zdarzenia wydanego przez funkcjonariusza policji,
   6) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia szkody pojazd nie był zarejestrowany,
   7) polegające na utracie pojazdu wskutek jego kradzieży, o ile umowa ubezpieczenia nie została rozszerzona o KR,
   8) polegające na utracie pojazdu wskutek jego przywłaszczenia,
   9) powstałe w następstwie użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub wskutek niewłaściwego załadowania i przewożenia ładunku, bagażu,
   10) polegające na uszkodzeniu silnika wskutek zassania wody podczas jego pracy lub próby uruchomienia silnika w warunkach stwarzających takie zagrożenie,
   11) wynikłe ze zużycia, korozji, utlenienia, zawilgocenia, pleśni, oddziaływania normalnych warunków atmosferycznych,
   12) eksploatacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem wszelkiego rodzaju awarii, powstałe w wyniku niewłaściwego doboru paliwa, płynów i materiałów eksploatacyjnych, będące skutkiem wadliwego doboru lub montażu instalacji gazowej oraz związane z wadą wykonania pojazdu lub jego wadliwą naprawą,
   13) spowodowane działaniami wojennymi, rozruchami i zamieszkami oraz powstałe w czasie użycia pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji,
   14) powstałe w pojazdach czynnie uczestniczących w akcjach protestacyjnych, blokadach dróg,
   15) polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia, chyba że powstały one wskutek działania osób trzecich lub powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części pojazdu, objętych ochroną ubezpieczeniową,
   16) powstałe w pojeździe stanowiącym własność innej osoby niż wymieniona jako właściciel w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem sytuacji gdy prawo własności pojazdu przeszło na jego Użytkownika,
   17) polegające na kradzieży przyjętego do ubezpieczenia sprzętu audiofonicznego i audiowizualnego posiadającego zdejmowany panel czołowy, w przypadku gdy nie zostanie on zwrócony do WARTY,
   18) polegające na kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub jego wyposażenia dodatkowego:
      a) gdy stwierdzono, że w chwili dokonania kradzieży, z wyłączeniem rozboju, pojazd nie był zabezpieczony przed kradzieżą w sposób przewidziany w jego konstrukcji oraz w sprawne i włączone każde z wymaganych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, określonych w § 8,
      b) w przypadku pozostawienia w pojeździe lub w miejscu, do którego mają dostęp osoby nieupoważnione: klucza, karty lub innego urządzenia służącego do jego otwarcia lub uruchomienia.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem nie są objęte szkody powstałe:
   1) podczas jazd próbnych, wyścigowych i konkursowych oraz treningów do tych jazd,
   2) podczas użycia pojazdu jako rekwizyt,
   3) w pojazdach przeznaczonych do nauki jazdy,
   4) w pojazdach wynajmowanych zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów.

CZĘŚĆ II
UMOWA UBEZPIECZENIA

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§ 6

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że umówiono się inaczej.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie pisemnej, na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego u przedstawiciela WARTY, po uprzednim wykonaniu oględzin pojazdu (w szczególności sporządzeniu dokumentacji fotograficznej) i sprawdzeniu dowodu rejestracyjnego oraz innych dokumentów, o które WARTA pytała. Ubezpieczający zobowiązany jest podać pełne i prawdziwe informacje wymagane we wniosku o ubezpieczenie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać WARTĘ w czasie trwania umowy, o zmianach okoliczności o których mowa w ust. 2, w szczególności dotyczy to danych wymaganych we wniosku o ubezpieczenie i mających wpływ na ryzyko ubezpieczeniowe takich jak: utrata klucza/kluczy, karty lub innego urządzenia służącego do otwierania lub uruchamiania pojazdu, utrata dowodu rejestracyjnego lub karty pojazdu, utrata lub uszkodzenie wymaganych warunkami umowy urządzeń lub systemów zabezpieczających pojazd przed kradzieżą. Zawiadomienia o tych zmianach należy dokonać w formie pisemnej niezwłocznie po uzyskaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 2 i 3 spoczywają także na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2, 3 i 4 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 2, 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie powodujące szkodę jest skutkiem tych okoliczności.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia, rozszerzenie umowy ubezpieczenia lub doubezpieczenie, potwierdzane jest przez WARTĘ dokumentem ubezpieczenia.
7. WARTA może odstąpić od oględzin fabrycznie nowego pojazdu i zawrzeć umowę ubezpieczenia przed odbiorem pojazdu od dealera na podstawie faktury zakupu wystawionej przez dealera.
8. W przypadku kontynuacji ubezpieczenia AC/KR w WARCIE (bez przerwy w ochronie), kolejna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu.

Ograniczenia i rozszerzenia w umowie ubezpieczenia
§ 7

1. Wyłącznie w chwili zawierania i za odpowiednio zmniejszoną składkę można wprowadzić:
   1) w umowie ubezpieczenia AC/KR udział własny lub franszyzę,
   2) w umowie ubezpieczenia AC pomniejszenie sumy ubezpieczenia o każde wypłacone odszkodowanie (redukcja sumy ubezpieczenia),
   3) w umowie ubezpieczenia AC procentowe pomniejszenie wartości części przy ustalaniu wysokości odszkodowania zgodnie z § 17 ust. 4 pkt 2) ppkt b).
2. W chwili zawierania umowy ubezpieczenia AC lub w dowolnym momencie jej trwania Ubezpieczający po opłaceniu dodatkowej składki może rozszerzyć zakres ochrony o ryzyko KR (z terminem do końca ważności umowy ubezpieczenia AC). Warunkiem rozszerzenia umowy ubezpieczenia AC o ryzyko KR jest spełnienie wymagań o których mowa w § 8.
3. Umowa ubezpieczenia AC/KR, zawarta bez wprowadzenia redukcji sumy ubezpieczenia i udziału własnego, po opłaceniu dodatkowej składki, może zostać rozszerzona w chwili zawierania o opcję GSU dla pojazdów spełniających łącznie poniższe warunki:
   1) wiek pojazdu nie przekracza 10 lat,
   2) wartość pojazdu przyjęta do ubezpieczenia nie przekracza kwoty 200 000 PLN.
4. W chwili zawierania umowy ubezpieczenia AC lub w dowolnym momencie jej trwania Ubezpieczający, po opłaceniu dodatkowej składki, może umowę rozszerzyć o objęcie ochroną ubezpieczeniową szkód powstałych:
   1) w pojazdach przeznaczonych do nauki jazdy z okresem ochrony do końca trwania umowy,
   2) w pojazdach wynajmowanych zarobkowo przez podmioty prowadzące wypożyczalnie pojazdów, z okresem ochrony do końca trwania umowy,
   3) podczas jazd wyścigowych i konkursowych oraz treningów do tych jazd, z dowolnym okresem ochrony, nie dłuższym jednak niż do końca trwania umowy,
   4) podczas użycia pojazdu jako rekwizyt lub do jazd próbnych, z dowolnym okresem ochrony, nie dłuższym jednak niż do końca trwania umowy.

Zabezpieczenia przeciwkradzieżowe wymagane przy ubezpieczeniu KR
§ 8

1. Rozszerzenie umowy ubezpieczenia AC o ryzyko KR samochodów osobowych, ciężarowych (w tym ciężarowo-osobowych) o ładowności do 800 kg jest możliwe wyłącznie w przypadku wyposażenia pojazdu w następujące sprawne zabezpieczenia przeciwkradzieżowe:
   1) dla pojazdów o wartości pomiędzy 10 000 PLN – 50 000 PLN – jedno samodzielne zabezpieczenie przeciwkradzieżowe,
   2) dla pojazdów o wartości pomiędzy 50 001 PLN – 100 000 PLN – dwa samodzielne, odmiennego rodzaju zabezpieczenia przeciwkradzieżowe,
   3) dla pojazdów o wartości powyżej 100 000 PLN – dwa samodzielne, odmiennego rodzaju zabezpieczenia przeciwkradzieżowe, z których przynajmniej jedno musi włączać się samoczynnie po zamknięciu pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji.
2. Rozszerzenie umowy ubezpieczenia o ryzyko KR samochodów ciężarowych o ładowności powyżej 800 kg i nie więcej niż 2,5 tony, autobusów i pojazdów kempingowych jest możliwe wyłącznie w przypadku posiadania przez pojazdy o wartości powyżej 50 000 PLN jednego samodzielnego zabezpieczenia przeciwkradzieżowego.
3. Rozszerzenie umowy ubezpieczenia o ryzyko KR pojazdów ciężarowych o ładowności powyżej 2,5 tony, ciągników siodłowych i balastowych jest możliwe wyłącznie w przypadku posiadania przez pojazdy o wartości powyżej 100 000 PLN jednego samodzielnego zabezpieczenia przeciwkradzieżowego, które włącza się samoczynnie po zamknięciu pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji.
4. Za samodzielne zabezpieczenie przeciwkradzieżowe uznaje się następujące rodzaje zabezpieczeń: autoalarm, mechaniczną blokadę dźwigni zmiany biegów lub elektroniczną blokadę uruchomienia silnika.
5. WARTA dokonuje własnej oceny zabezpieczeń, o których mowa w ust. 1 – 3, a ponadto może zażądać od Ubezpieczającego – w zależności od oceny ryzyka kradzieży – przedłożenia dokumentu stwierdzającego wykonanie montażu zgodnie z zaleceniami producenta lub sprawność zainstalowanego zabezpieczenia przeciwkradzieżowego.
6. WARTA może uznać za wystarczające zabezpieczenie przed kradzieżą pojazdu, na który wznawiana jest umowa ubezpieczenia AC/KR zawarta z WARTĄ, o ile spełniało ono wymagania stawiane przy zawieraniu poprzedniej umowy ubezpieczenia.
7. Odmienne od powyższych warunki zabezpieczania pojazdów przed kradzieżą mogą zostać wprowadzone w zależności od indywidualnej oceny ryzyka kradzieży dla określonych grup pojazdów.

Okres odpowiedzialności WARTY
§ 9

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, doubezpieczenia lub rozszerzenia ubezpieczenia o ryzyka dodatkowe (§ 7 ust. 2 i 4), nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. Na wniosek Ubezpieczającego, WARTA może przyjąć odpowiedzialność z chwilą wystawienia dokumentu ubezpieczenia, w którym określona jest data i godzina zawarcia umowy ubezpieczenia bądź jej rozszerzenia oraz określić termin zapłacenia składki (raty składki) nie dłuższy jednak niż 14 dni, licząc od dnia wystawienia dokumentu ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy WARTA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłacenia składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy rozwiązuje się ona z końcem okresu, za który przypada niezapłacona składka.
4. W przypadku opłacania składki w ratach i nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje rozwiązanie umowy.
5. Jeżeli nie umówiono się inaczej, jako termin zapłacenia składki/raty składki, w przypadku jej opłacania przelewem bankowym bądź przekazem pocztowym, przyjmuje się datę dokonania wpłaty,

tj. odpowiednio datę potwierdzenia przez bank przyjęcia do realizacji polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.

6. Odpowiedzialność WARTY z tytułu rozszerzenia umowy ubezpieczenia o opcję GSU wygasa:
   1) z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia AC/KR,
   2) z chwilą wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą.
7. Odpowiedzialność WARTY ustaje z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, tj.:
   1) z chwilą wypłaty odszkodowania za szkodę polegającą na utracie bądź całkowitym zniszczeniu przedmiotu ubezpieczenia,
   2) z dniem udokumentowania nieobjętej ubezpieczeniem szkody polegającej na trwałej i zupełnej utracie pojazdu,
   3) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania (odszkodowań),
   4) w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu, np. na podstawie umowy sprzedaży, zamiany, darowizny lub innej umowy zobowiązującej do przeniesienia własności tego pojazdu, z zastrzeżeniem ust. 8,
   5) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta,
   6) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 11 lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w przypadkach określonych w ust. 3 i ust. 12 ze skutkiem natychmiastowym,
   7) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki zgodnie z ust. 4.
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7 pkt 4) nie następuje w przypadku, gdy przed przeniesieniem prawa własności WARTA wyrazi zgodę na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia ze zbywcy pojazdu na jego nabywcę.
9. Zgoda WARTY, o której mowa w ust. 8, nie jest wymagana w przypadku gdy prawo własności pojazdu przechodzi na jego dotychczasowego Użytkownika.
10. W przypadkach rozwiązania umowy, o których mowa w ust. 7 pkt 1) i 3) – raty składki, których terminy płatności przypadają po dniu wypłaty odszkodowania stają się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu wypłaty odszkodowania.
11. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 7 dni w przypadku przedsiębiorców i 30 dni w przypadku osób nie będących przedsiębiorcami, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
12. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Składka za ubezpieczenie
§ 10

1. Podstawę do obliczenia składki stanowi suma ubezpieczenia odpowiadająca wartości pojazdu w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. WARTA przy ustalaniu składki uwzględnia spadek wartości pojazdu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności WARTY według taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia AC lub doubezpieczenia, dodatkową składkę ubezpieczeniową ustala się w oparciu o taryfę obowiązującą w dniu zawierania umowy podstawowej.
4. W przypadku doubezpieczenia po szkodzie podstawą wymiaru składki jest kwota wypłaconego odszkodowania (odszkodowań) natomiast w przypadku doubezpieczenia wynikającego ze zwiększenia wartości pojazdu podstawą wymiaru składki jest kwota, o którą zwiększyła się wartość pojazdu. Jeżeli nie zmieniło się ryzyko ubezpieczeniowe składkę oblicza się na tych samych zasadach, które obowiązywały przy zawieraniu umowy podstawowej.
5. Składkę za ubezpieczenie opłaca się jednorazowo. Na wniosek Ubezpieczającego płatność składki może być rozłożona na raty, których wysokość oraz terminy płatności rat określa się w dokumencie ubezpieczenia.
6. W przypadku umowy ubezpieczenia, doubezpieczenia lub rozszerzenia umowy zawieranych na okres krótszy niż 12 miesięcy składka opłacana jest jednorazowo.
7. Składka za ubezpieczenia AC/KR uzależniona jest od:
   1) wieku, rodzaju, wartości pojazdów we flocie,
   2) sposobu użytkowania pojazdów,
   3) jednorazowej lub ratalnej płatności składki za ubezpieczenie,
   4) zakresu ochrony,
   5) dotychczasowego przebiegu szkodowego ubezpieczeń AC/KR,
   6) posiadania innych rodzajów ubezpieczeń w WARCIE,
   7) innych czynników wpływających na ryzyko ubezpieczeniowe.

Zwrot składki
§ 11

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie za każdy dzień okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku, gdy nastąpiło wyczerpanie sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania (odszkodowań), a także w przypadku wypłaty odszkodowania w wysokości sumy ubezpieczenia za całkowite zniszczenie pojazdu lub jego utratę, w związku z całkowitym spełnieniem świadczenia i wykorzystaniem ochrony ubezpieczeniowej.

CZĘŚĆ III
LIKWIDACJA SZKÓD I WYPŁATA ODSZKODOWAŃ

Postępowanie przy szkodzie AC
§ 12

1. W razie zaistnienia szkody Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu zobowiązani są:
   1) do przedsięwzięcia odpowiednich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku,
   2) użyć dostępnych im środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia, zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
   3) szkodę zgłosić niezwłocznie do WARTY, kontaktując się telefonicznie z Centrum Alarmowym WARTY – z dopełnieniem obowiązków, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1) – nie później jednak niż w ciągu 7 dni od powstania szkody,
   4) w pojeździe uszkodzonym nie dokonywać żadnych zmian i napraw, o ile nie jest to uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy, bez uprzedniego przeprowadzenia oględzin przez przedstawiciela WARTY, chyba że WARTA z przyczyn leżących wyłącznie po jej stronie nie przeprowadziła oględzin w ciągu 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie lub 14 dni, jeżeli niezbędne było powołanie niezależnych rzeczoznawców,
   5) w przypadku powstania szkody za granicą nie dokonywać bez zgody WARTY lub jej zagranicznego przedstawiciela żadnych zmian i napraw w uszkodzonym pojeździe, chyba że koszty naprawy w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy nie przekraczają kwoty 1500 EURO lub jej równowartości w walutach obcych,
   6) o szkodzie powstałej w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo niezwłocznie zawiadomić policję lub inne odpowiednie organy,
   7) w razie kolizji z innym pojazdem odnotować dane pojazdu, osoby kierującej tym pojazdem, a także numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres ubezpieczyciela w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) – dotyczy to wszystkich uczestników kolizji (w przypadku gdy sprawcą był kierujący pojazdem zarejestrowanym poza RP, należy zażądać kopii Zielonej Karty lub dokumentu ubezpieczenia OC granicznego),
   8) w razie szkody spowodowanej przez zwierzęta domowe lub hodowlane ustalić, w miarę możliwości, dane właściciela i ewentualnego jego ubezpieczyciela w zakresie OC (obowiązkowego rolników lub dobrowolnego indywidualnego).

Obowiązki w przypadku szkody AC
§ 13

1. W związku ze zgłoszeniem szkody Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu zobowiązani są:
   1) postępować zgodnie ze wskazówkami udzielonymi drogą telefoniczną przez pracownika Centrum Alarmowego WARTY,
   2) udostępnić dokumenty wymagane przez WARTĘ przy likwidacji szkody niezbędne do ustalenia odpowiedzialności WARTY, okoliczności zdarzenia oraz wysokości szkody,
   3) umożliwić WARCIE ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkody,
   4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę.
2. W razie niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 3) WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli niedopełnienie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia, chyba że WARTA w terminie przewidzianym w § 12 ust. 1 pkt 3) otrzymała wiadomość o okolicznościach zdarzenia, które należało podać do jej wiadomości.
3. W przypadku niezastosowania z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa środków określonych w § 12 ust. 1 pkt 2) WARTA jest wolna od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. W razie niedopełnienia któregokolwiek z pozostałych obowiązków, o których mowa w § 12 ust. 1 i § 13 ust. 1 WARTA może odmówić wypłaty odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć, o ile niedopełnienie to miało wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia, bądź ustalenie lub zwiększenie rozmiaru szkody.

Postępowanie przy szkodzie KR
§ 14

1. W razie kradzieży pojazdu Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu zobowiązani są niezwłocznie:
   1) powiadomić o kradzieży pojazdu policję, nie później niż w ciągu 12 godzin od powzięcia informacji o kradzieży pojazdu,
   2) zgłosić szkodę do WARTY, kontaktując się telefonicznie z Centrum Alarmowym WARTY, nie później niż w ciągu 24 godzin od powzięcia informacji o kradzieży pojazdu i udzielając niezbędnych informacji oraz wyjaśnień.

Obowiązki w przypadku szkody KR
§ 15

1. W związku ze zgłoszeniem szkody polegającej na kradzieży pojazdu Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu zobowiązani są:
   1) postępować zgodnie ze wskazówkami udzielonymi drogą telefoniczną przez pracownika Centrum Alarmowego WARTY,
   2) przekazać niezwłocznie do WARTY, w trybie uzgodnionym z pracownikiem Centrum Alarmowego WARTY:
      a) dowód rejestracyjny pojazdu i kartę pojazdu (o ile karta pojazdu została na ubezpieczony pojazd wydana),
      b) dokumenty wymagane przez WARTĘ przy likwidacji szkody niezbędne do ustalenia odpowiedzialności WARTY, okoliczności zdarzenia oraz wysokości szkody,
      c) wszystkie posiadane klucze, karty i inne urządzenia służące do otwarcia pojazdu i/lub jego uruchomienia oraz klucze i urządzenia służące do uruchomienia zamontowanych w pojeździe zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, zadeklarowane przy zawieraniu umowy ubezpieczenia,
   3) umożliwić WARCIE uzyskanie od osoby użytkującej pojazd w czasie powstania kradzieży relacji o przebiegu zdarzenia i okolicznościach powstania kradzieży,
   4) złożyć posiadane dowody dotyczące kradzieży pojazdu i umożliwić WARCIE ustalenie okoliczności kradzieży w postępowaniu prowadzonym przez i na zlecenie WARTY, jak również zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę.
2. Jeżeli do utraty pojazdu doszło wskutek rozboju, WARTA może odstąpić od wymogu zawartego w ust. 1 pkt 2) w zakresie uzasadnionym okolicznościami szkody.
3. W razie niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, obowiązku, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 2), WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli niedopełnienie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia, chyba że WARTA w terminie przewidzianym w § 14 ust. 1 pkt 2) otrzymała wiadomość o okolicznościach zdarzenia, które należało podać do jej wiadomości.
4. W przypadku niedopełnienia pozostałych obowiązków, wynikających z § 14, a także obowiązków określonych w ust. 1, WARTA może odmówić wypłaty odszkodowania lub odpowiednio je zmniejszyć, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia.

Szkoda całkowita AC
§ 16

1. Do kwalifikacji szkody jako całkowitej przy wycenie kosztów naprawy pojazdu przyjmuje się:
   1) koszt robocizny ustalony według cen brutto (z VAT) zgodnie z metodologią określoną w § 17 ust. 4 pkt. 1) i 3),
   2) koszt części zamiennych ustalony według cen brutto (z VAT) zgodnie z metodologią określoną w § 17 ust. 4 pkt. 2) – 6),
   3) WARTA decyduje o rodzaju dokumentacji określającej zakres i charakter uszkodzenia pojazdu, a także o systemie przyjętym do ustalenia kosztów robocizny zgodnie z § 17 ust. 4 pkt 1) i 3) oraz kosztów części zamiennych zgodnie z § 17 ust. 4 pkt 2) i 3).
2. Wartość pojazdu w stanie uszkodzonym jest to wartość elementów i zespołów pojazdu nie uszkodzonych lub uszkodzonych w takim stopniu, że posiadają wartość handlową. Wartość pojazdu w stanie uszkodzonym WARTA określa z uwzględnieniem, m.in. wartości rynkowej pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody, charakteru i zakresu uszkodzeń oraz sytuacji rynkowej w zakresie obrotu pojazdami uszkodzonymi.
3. Wysokość odszkodowania z tytułu szkody całkowitej ustala się jako kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością rynkową pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody, a wartością pojazdu w stanie uszkodzonym – obie wartości określane są na dzień ustalania odszkodowania z zastrzeżeniem § 20.
4. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia AC/KR o opcję GSU, WARTA ustala wysokość odszkodowania w kwocie równej wartości pojazdu z dnia zawarcia umowy, po potrąceniu wartości pojazdu w stanie uszkodzonym, określanej w dniu ustalania odszkodowania zgodnie z § 16 ust 2.
5. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania WARTA może odstąpić od uwzględniania wartości pojazdu w stanie uszkodzonym – w całości lub w części – pod warunkiem zawarcia z Ubezpieczonym ugody określającej odmienny tryb likwidacji szkody całkowitej.
6. W przypadku szkody całkowitej WARTA może zaoferować Ubezpieczonemu pomoc w zorganizowaniu sprzedaży uszkodzonego pojazdu.

Szkoda częściowa AC
§ 17

1. W przypadku szkody częściowej, tj. w razie uszkodzenia pojazdu w stopniu nie kwalifikującym szkody jako szkody całkowitej, WARTA ustala wysokość odszkodowania, które obejmuje koszty naprawy pojazdu mające związek przyczynowy ze zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową. Kwota odszkodowania ustalonego przez WARTĘ może uwzględniać koszty użycia zmodernizowanych części lub zespołów oraz może być rozszerzona o kwotę uwzględniającą naprawę lub wymianę elementów nieuszkodzonych, jeżeli jest to uzasadnione względami ekonomicznymi lub technologicznymi.

2. Wysokość odszkodowania wyliczana jest przez WARTĘ w oparciu o sporządzaną wycenę kosztów naprawy pojazdu.
3. WARTA decyduje o rodzaju dokumentacji określającej zakres i charakter uszkodzenia pojazdu a także o systemie przyjętym do ustalenia kosztów robocizny zgodnie z ust. 4 pkt 1) i 3) oraz kosztów części zamiennych zgodnie z ust. 4 pkt 2) i 3).
4. Wycena kosztów naprawy sporządzona przez WARTĘ lub na jej zlecenie według cen netto (bez VAT) wykonywana jest na podstawie indywidualnej oceny uszkodzeń pojazdu związanych z przedmiotowym zdarzeniem, z wykorzystaniem do tego celu informacji na temat realnych kosztów naprawy uzyskanych poprzez analizę aktualnej sytuacji rynkowej (np. ustalenie kosztów naprawy w drodze przetargu/aukcji), której podstawą jest:
   1) koszt robocizny ustalony w oparciu o:
      a) naprawcze normy czasowe określone przez producenta pojazdu i ujęte w systemie Audatex, Eurotax lub DAT,
      b) średnią stawkę za 1 roboczogodzinę ustaloną przez WARTĘ na podstawie stawek stosowanych przez:
         i. autoryzowane stacje obsługi z województwa, na terenie którego została zawarta umowa ubezpieczenia. W przypadku braku możliwości ustalenia stawki średniej dopuszcza się przyjęcie stawki za 1 roboczogodzinę stosowanej indywidualnie przez wykonawcę naprawy, o ile nie przekracza ona 120% stawki za roboczogodzinę – stosowanej przez dany warsztat w naprawach gwarancyjnych,
         ii. warsztaty naprawcze z województwa, na terenie którego została zawarta umowa ubezpieczenia – w przypadku gdy zostało wprowadzone procentowe pomniejszenie wartości części, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 3),
   2) koszt części zamiennych:
      a) w wysokości cen podanych w aktualnych polskich wydaniach systemu Audatex, Eurotax lub DAT opartych na danych producenta/importera pojazdu, nie więcej niż średnie ceny netto (bez VAT) zalecane przez producenta pojazdu lub oficjalnych importerów do stosowania przez ich sieci serwisowe,
      b) z uwzględnieniem procentowego pomniejszenia wartości części w zależności od okresu eksploatacji pojazdu określonego zgodnie z poniżej zamieszczoną tabelą, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) – 6) w przypadku, gdy procentowe pomniejszenie wartości części zostało wprowadzone zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 3). Przez okres eksploatacji rozumie się okres jaki upłynął od daty pierwszej rejestracji pojazdu do dnia powstania szkody. W przypadku gdy data pierwszej rejestracji nie jest znana przyjmuje się, że jest to 30 czerwca roku budowy/produkcji pojazdu.

Okres eksploatacji	Procent pomniejszenia
do 1 roku	0%
powyżej 1 do 2 lat	10%
powyżej 2 do 3 lat	25%
powyżej 3 do 5 lat	35%
powyżej 5 do 8 lat	45%
powyżej 8 lat	50%

   3) W przypadku braku cen części i norm czasowych robocizny w systemie Audatex, Eurotax lub DAT przyjmuje się ceny i normy dla pojazdu najbardziej zbliżonego właściwościami techniczno-eksploatacyjnymi lub ceny i normy ujęte w innych systemach uznawanych przez WARTĘ.
   4) Przy ustalaniu wysokości odszkodowania za szkody w:
      a) ogumieniu, akumulatorze, elementach ciernych układu hamulcowego (klocki, szczęki, tarcze, bębny), elementach ciernych układu sprzęgła (tarcza, docisk), elementach układu wydechowego (tłumiki, katalizatory i rury łączące te elementy) uwzględnia się indywidualne zużycie eksploatacyjne – stosownie do stanu tych elementów,
      b) pasach bezpieczeństwa, napinaczach pasów, poduszkach powietrznych i sterownikach do tych urządzeń oraz w wyposażeniu dodatkowym nie uwzględnia się ubytku wartości tych elementów.
   5) W przypadku stwierdzenia w elementach zakwalifikowanych do wymiany wcześniejszych uszkodzeń zmniejszających ich walory użytkowe WARTA zastosuje potrącenia wynikające ze zużycia technicznego tych części.
   6) Jeżeli w trakcie eksploatacji pojazdu dokonano wymiany części, wysokość procentowego pomniejszenia jej wartości ustalana jest indywidualnie w zależności od okresu eksploatacji części zgodnie z tabelą zamieszczoną w pkt 2). Powyższe dotyczy umowy ubezpieczenia AC zawartego z procentowym pomniejszeniem wartości części.
5. W sytuacji gdy pojazd był naprawiany na terenie innego województwa niż to, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia i poniesienia w związku z tym przez Ubezpieczonego wyższych kosztów naprawy niż ustalone wcześniej przez WARTĘ zgodnie z ust 4 pkt 1 ppkt b — WARTA może uzupełnić kwotę odszkodowania o różnicę w stawkach za roboczogodzinę, pod warunkiem udokumentowania fakturami VAT faktu dokonania naprawy. Maksymalna stawka za roboczogodzinę nie może przekroczyć średniej stawki za 1 roboczogodzinę ustalonej przez WARTĘ na podstawie stawek stosowanych przez:
   1) autoryzowane stacje obsługi z województwa na terenie którego została przeprowadzona naprawa pojazdu. W przypadku braku możliwości ustalenia stawki średniej dopuszcza się przyjęcie stawki za 1 roboczogodzinę stosowanej indywidualnie przez wykonawcę naprawy, o ile nie przekracza ona 120% stawki za roboczogodzinę – stosowanej przez dany warsztat w naprawach gwarancyjnych,
   2) warsztaty naprawcze z województwa na terenie którego przeprowadzona była naprawa pojazdu – w przypadku gdy zostało wprowadzone procentowe pomniejszenie wartości części, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 3).
6. W przypadku uszkodzenia ubezpieczonego wyposażenia dodatkowego, wysokość odszkodowania ustala się według wyceny kosztów naprawy w oparciu o przeciętne rynkowe koszty naprawy bez VAT.
7. WARTA uzupełni kwotę odszkodowania wynikającą z wyceny kosztów naprawy – maksymalnie o wysokość kwoty podatku VAT wyliczonego od ustalonej przez WARTĘ kwoty wyceny kosztów naprawy, pod warunkiem:
   1) zawarcia umowy ubezpieczenia w oparciu o wartość pojazdu uwzględniającą podatek VAT (wartość brutto),
   2) udokumentowania fakturami VAT faktu dokonania naprawy oraz poniesienia kosztów naprawy wyższych niż ustalona przez WARTĘ kwota wyceny kosztów naprawy,
   3) stwierdzenia przez WARTĘ zgodności dokonanej naprawy z zakresem uszkodzeń uznanych przez WARTĘ,
   4) w uzasadnionych przypadkach przedstawienia naprawionego pojazdu do dokonania oględzin przez WARTĘ.
8. Wysokość odszkodowania z tytułu szkody częściowej nie może być wyższa niż kwota wynikająca z postanowień § 20.
9. W uzgodnieniu z Ubezpieczonym, WARTA może dokonać rozliczenia szkody częściowej w pojeździe na zasadach likwidacji przewidzianych dla szkody całkowitej.
10. W przypadku gdy w związku ze szkodą została dokonana naprawa w zakresie elementów układu nośnego, hamulcowego lub kierowniczego mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego, Ubezpieczony zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym ma obowiązek wykonania dodatkowego badania technicznego po dokonanej naprawie i poinformowania WARTY w formie pisemnej o dacie jego przeprowadzenia.

Szkoda zagraniczna AC
§ 18

1. Naprawa pojazdu powinna być dokonana w Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że WARTA lub jej zagraniczny przedstawiciel wyrazi zgodę na przeprowadzenie naprawy za granicą albo zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 2 pkt 2).
2. W przypadku szkody poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej:
   1) jeżeli uszkodzony pojazd wymaga naprawy, której koszt przekracza kwotę 1500 EURO lub jej równowartość w walutach obcych (przeliczenie walut obcych na EURO następuje według średniego kursu walut obcych ustalonego przez NBP, obowiązującego w dniu dokonywania naprawy uszkodzonego pojazdu), może ona być dokonana za granicą na koszt WARTY wyłącznie na zlecenie WARTY lub jej zagranicznego przedstawiciela w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy,
   2) jeżeli łącznie koszt naprawy pojazdu nie przekracza kwoty 1500 EURO lub jej równowartości w walutach obcych, naprawa w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy, może być wykonana bez wymaganego zlecenia, o którym mowa w pkt 1),
   3) zwrot poniesionych kosztów naprawy określonej w pkt 2) następuje w kraju na podstawie rachunków/faktur, zawierających wyszczególnienie części zamiennych oraz specyfikację kosztów robocizny,
   4) jeżeli przeprowadzona za granicą, bez uprzedniej zgody WARTY lub jej zagranicznego przedstawiciela, naprawa pojazdu przekracza kwotę określoną w pkt 1), to odszkodowanie ustalane jest wg zasad określonych w § 16 i/lub § 17.

Szkoda kradzieżowa
§ 19

1. W przypadku utraty pojazdu wskutek kradzieży WARTA ustala wysokość odszkodowania w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu wraz z ubezpieczonym wyposażeniem w momencie zaistnienia szkody, z zachowaniem warunków określonych w § 20.
2. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia AC/KR o opcję GSU, WARTA ustala wysokość odszkodowania w kwocie równej wartości pojazdu wraz z ubezpieczonym wyposażeniem z dnia zawierania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest przed wypłatą odszkodowania do przeniesienia prawa własności do skradzionego pojazdu na rzecz WARTY po uprzednim wyrejestrowaniu pojazdu, a w przypadku gdy przyjęty do ubezpieczenia pojazd obciążony był należnościami celno–podatkowymi – po uregulowaniu stosownych zobowiązań.
4. Jeżeli skradziony pojazd został odzyskany po wypłacie odszkodowania przez WARTĘ, prawo własności pojazdu może być przeniesione na Ubezpieczonego na warunkach wzajemnie uzgodnionych.
5. Jeżeli skradziony pojazd został odzyskany przed wypłatą odszkodowania i jest uszkodzony, WARTA ustala wysokość odszkodowania zgodnie z §§ 16 – 18 i § 20.
6. W przypadku umowy ubezpieczenia AC/KR, w której nie wprowadzono redukcji sumy ubezpieczenia, jeżeli przed kradzieżą pojazdu miała miejsce wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej, WARTA ustala wysokość odszkodowania w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w momencie zaistnienia szkody, pomniejszonej o wysokość odszkodowania wypłaconego z tytułu szkody całkowitej. Pomniejszenie to nie ma zastosowania w przypadku gdy:
   1) na wezwanie WARTY Ubezpieczony przedłoży faktury potwierdzające dokonanie naprawy uszkodzeń pojazdu w zakresie zgodnym z wcześniejszą szkodą całkowitą, lub
   2) po dokonaniu napraw pojazdu w związku z wcześniejszą szkodą całkowitą dokonane zostaną przez przedstawiciela WARTY oględziny pojazdu.
7. Zapisy ust. 6 stosuje się odpowiednio w przypadku umowy ubezpieczenia AC/KR, w której wprowadzono redukcję sumy ubezpieczenia, gdy przed kradzieżą pojazdu miała miejsce wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej i pojazd został doubezpieczony zgodnie z § 10 ust. 4.

Maksymalna wysokość odszkodowania
§ 20

1. Wysokość odszkodowania ustalonego zgodnie z §§ 16 – 19 za szkody w pojeździe nie może przekroczyć:
   1) wartości pojazdu na dzień ustalania odszkodowania określonej według stanu pojazdu bezpośrednio przed zaistnieniem szkody, przy czym wysokość odszkodowania za szkodę w wyposażeniu dodatkowym nie może przekroczyć wartości wyposażenia określonego w dokumencie ubezpieczenia,
   2) sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień ustalania odszkodowania (z uwzględnieniem ust. 2),
   3) sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia (z uwzględnieniem ust. 2).
2. Jeżeli w umowie AC wprowadzono redukcję sumy ubezpieczenia, każde wypłacone odszkodowanie (z wyłączeniem kosztów określonych w § 21) zmniejsza sumę ubezpieczenia aż do jej wyczerpania.
3. W przypadku powstania następnej szkody (szkód) przed wypłatą odszkodowania za szkodę poprzednią, WARTA dokona rozliczenia łącznego tych szkód. Jeżeli w umowie AC wprowadzono redukcję sumy ubezpieczenia wyliczona łącznie wysokość odszkodowania za szkody nie może przekroczyć kwoty określonej w ust. 1.

Zwrot kosztów dodatkowych
§ 21

1. WARTA niezależnie od odszkodowania ustalonego zgodnie z §§ 16 – 18 i § 20 dodatkowo zwraca koszty udokumentowane fakturami i uzasadnione okolicznościami zdarzenia, za które WARTA ponosi odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia AC. Dotyczy to wyłącznie kosztów:
   1) zabezpieczenia uszkodzonego pojazdu w okresie nie dłuższym niż do dnia dokonania przez WARTĘ oględzin uszkodzonego pojazdu,
   2) transportu uszkodzonego pojazdu,
   3) wynikłych z zastosowania środków w celu ratowania pojazdu, zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
   4) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 17 ust. 10.
2. Wysokość kosztów wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) nie może przekroczyć łącznie 10 % sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, lecz nie więcej niż 4 000 PLN, z tym że uzasadnione koszty transportu uszkodzonego pojazdu nie mogą przekroczyć:
   1) 1 000 PLN w przypadku transportu samochodów o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, pod warunkiem, że transport pojazdu z miejsca zdarzenia organizowany był przez przedstawiciela WARTY,
   2) 1 500 PLN w przypadku pozostałych pojazdów nie wymienionych w pkt 1).
3. WARTA zwraca uzasadnione koszty transportu samochodów o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony do kwoty 1 000 PLN, gdy transport z miejsca zdarzenia nie był organizowany przez przedstawiciela WARTY, o ile wystąpiły okoliczności i sytuacje uzasadniające nie skorzystanie z organizacji holowania przez Centrum Alarmowe WARTY. Okolicznościami i sytuacjami uzasadniającymi nie skorzystanie z organizacji holowania przez Centrum Alarmowe WARTY są wyłącznie:
   1) zdarzenie na autostradzie wymuszające przetransportowanie pojazdu przez służby obsługujące autostradę (zakaz poruszania się po autostradzie innych holowników),
   2) zorganizowanie holowania przez służby policyjne albo porządkowe w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie mógł sam podejmować decyzji (np. ranny) lub zalecono natychmiastowe usunięcie pojazdu celem udrożnienia przejazdu.
4. WARTA zwraca koszty, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 1), do wysokości kosztów ustalonych z uwzględnieniem średnich stawek stosowanych przez właścicieli parkingów i firm świadczących usługi transportu/holowania pojazdów z województwa, na terenie którego powstała szkoda.
5. W przypadku szkody powstałej za granicą WARTA może uznać wcześniej uzgodnione i ekonomicznie uzasadnione koszty wyższe niż określone w ust. 2 i 3.

Warunki wypłaty i potrącenia z odszkodowania
§ 22

1. WARTA wypłaca odszkodowanie zgodnie z niniejszymi OWU AC/KR wówczas, gdy ustalona zostanie odpowiedzialność WARTY za powstałą szkodę.
2. Odszkodowanie wypłaca się:
   1) w złotych (PLN) – przeliczenie na złote poniesionych lub wycenionych w walutach obcych kosztów, o których mowa w niniejszych OWU AC/KR, następuje według kursu średniego walut ustalonego przez NBP, obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania,
   2) Ubezpieczonemu bądź osobie przez niego upoważnionej,
   3) spadkobiercom Ubezpieczonego, po przedłożeniu postanowień o stwierdzeniu nabycia spadku, za szkodę powstałą w pojeździe wchodzącym w skład masy spadkowej,

4) następcom prawnym Ubezpieczonego, w razie przekształcenia osoby prawnej lub jednostki nie posiadającej osobowości prawnej.

3. Jeżeli umowę ubezpieczenia (AC i/lub KR) zawarto z zastosowaniem udziału własnego Ubezpieczonego w szkodzie to kwota ustalonego odszkodowania zostaje pomniejszona o kwotę udziału własnego. O ile nie umówiono się inaczej udział własny wynosi 15% kwoty ustalonego odszkodowania.
4. Jeżeli umowę ubezpieczenia (AC i/lub KR) zawarto z zastosowaniem franszyzy redukcyjnej, a ustalone odszkodowanie jest wyższe od kwoty franszyzy, wówczas z ustalonego odszkodowania potrąca się określoną w umowie kwotę franszyzy. W przypadku gdy kwota odszkodowania nie przekracza kwoty franszyzy odszkodowanie nie jest wypłacane.
5. Jeżeli umowę ubezpieczenia AC zawarto z zastosowaniem franszyzy integralnej, a ustalone odszkodowanie jest wyższe od kwoty franszyzy, wówczas odszkodowanie wypłacane jest w pełnej wysokości. W przypadku gdy kwota odszkodowania nie przekracza kwoty franszyzy odszkodowanie nie jest wypłacane.

Termin wypłaty odszkodowania
§ 23

1. WARTA obowiązana jest wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie.
2. W przypadku braku możliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY lub w przypadku braku możliwości określenia wysokości odszkodowania w terminie określonym w ust. 1, WARTA wypłaca odszkodowanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania WARTA wypłaca w terminie określonym w ust. 1. Przez bezsporną część odszkodowania rozumie się część odszkodowania, która może być wypłacona po spełnieniu następujących warunków:
   1) została ustalona odpowiedzialność WARTY za zgłoszoną szkodę,
   2) nieznana jest dokładna, ostateczna wysokość odszkodowania, jednak z całą pewnością wiadomo, że jego wysokość przekroczy kwotę zakwalifikowaną jako bezsporna część odszkodowania.
3. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, WARTA informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania wraz z informacją o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Roszczenia regresowe
§ 24

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na WARTĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Nie przechodzą na WARTĘ roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym oraz osobom upoważnionym do korzystania z pojazdu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrzekł się roszczenia o odszkodowanie od osoby trzeciej, która jest sprawcą szkody lub je ograniczył, WARTA może odmówić odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, wówczas WARCIE przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.
4. Jeżeli ze względów proceduralnych z powództwem może wystąpić tylko Ubezpieczony lub jego następca prawny, jest on zobowiązany na żądanie WARTY udzielić wymaganych pełnomocnictw procesowych oraz złożyć wymagane przepisami danego kraju wnioski i oświadczenia, jak również upoważnić WARTĘ do odbioru zasądzonych kwot odszkodowań, odsetek i kosztów postępowania.

CZĘŚĆ IV
POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 25

1. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   Na wniosek klienta WARTA potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej.
2. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
3. WARTA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU AC/KR stosuje się prawo polskie.
6. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU AC/KR mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
7. Niniejsze OWU AC/KR mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 2 lutego 2016 roku.

Wiceprezes Zarządu
Krzysztof KUDELSKI

Prezes Zarządu
Jarosław PARKOT

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH
DLA KLIENTA
UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („WARTA"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie www.warta.pl.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o sporządzenie oferty ubezpieczenia lub w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce „Kontakt"). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub orzecznikom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – w zakresie historii szkodowości i weryfikacji danych podmiotu; Centralnej Ewidencji Pojazdów – w zakresie danych pojazdu; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówek medycznych – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: OC POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH (Dział II, Grupa 10)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie znajdują się w aktualnie obowiązującej ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym (zwanej dalej Ustawą).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych (OC) jest ubezpieczeniem obowiązkowym, znajdującym zastosowanie w sytuacji gdy posiadacz lub kierowca pojazdu wyrządza nim szkodę innym osobom i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ponosi za to odpowiedzialność cywilną. Obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC ciąży na wszystkich posiadaczach pojazdów, czyli zarówno na właścicielach, jak i użytkownikach (np. gdy pojazd jest przedmiotem leasingu lub w tzw. „użyczeniu").

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym wymienionym w polisie za szkody wyrządzone osobom trzecim powstałe w związku z ruchem tego pojazdu
- ✓ Warta ponosi odpowiedzialność do wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej, która w odniesieniu do jednego zdarzenia, bez względu na liczbę poszkodowanych, nie może być niższa niż równowartość w złotych:
  - 5 210 000 euro – w przypadku szkód osobowych
  - 1 050 000 euro – w przypadku szkód w mieniu
- ✓ za szkody spowodowane w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska, na terenie których obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa, Warta odpowiada do wysokości sumy gwarancyjnej określonej przepisami tego państwa, nie niższej jednak niż suma określona powyżej

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w Ustawie.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × pojazdów innych niż pojazdy mechaniczne w rozumieniu Ustawy
- × szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia wyrządzonych przez kierującego pojazdem mechanicznym posiadaczowi tego pojazdu
- × szkód polegających na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w Ustawie.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Warcie przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem zwrotu wypłaconego z tytułu OC, odszkodowania jeżeli kierujący:

- ! wyrządził szkodę umyślnie, w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, albo po użyciu środków odurzających
- ! wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa
- ! nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem
- ! zbiegł z miejsca zdarzenia

Szczegółowe informacje oraz pozostałe ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia zawarte są w Ustawie.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje zdarzenia powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także zdarzenia powstałe na terytorium państw, których Biura Narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia w terminie określonym w polisie
- w przypadku rat, opłacenie składki zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- poinformowanie Warty na piśmie w ciągu 14 dni od dnia przeniesienia prawa własności pojazdu o dokonanej transakcji oraz o danych nowego posiadacza
- przekazanie dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy OC posiadaczowi, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu
- w razie zajścia szkody, przedsięwzięcie wszystkich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zdarzenia, staranie się o złagodzenie skutków zdarzenia oraz zapewnienie pomocy lekarskiej poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczenie mienia osób poszkodowanych
- niezwłoczne powiadomienie Warty o zdarzeniu, a także udzielenie Warcie niezbędnych wyjaśnień i przekazanie posiadanych informacji
- zapobieżenie w miarę możliwości zwiększeniu się szkody
- niezwłoczne powiadomienie Policji o zdarzeniu, o ile doszło do wypadku z ofiarami w ludziach lub do wypadku powstałego w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo
- udzielenie pozostałym uczestnikom zdarzenia niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji zakładu ubezpieczeń, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia

Szczegółowe informacje na temat obowiązków podane są w Ustawie.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym, w zależności od dostępności danej formy płatności w punkcie sprzedaży.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, zgodnie z ustaleniami w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności są określone w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie. Umowę można zawrzeć na okres 12 miesięcy lub krótszy w przypadkach przewidzianych w Ustawie.

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z upływem okresu, na który została zawarta
- z chwilą wyrejestrowania pojazdu
- z dniem wypowiedzenia umowy lub odstąpienia od niej w przypadkach przewidzianych w Ustawie
- z chwilą udokumentowania trwałej i zupełnej utraty pojazdu
- z chwilą zarejestrowania pojazdu za granicą
- z dniem wydania zaświadczenia o zezłomowaniu pojazdu

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w Ustawie.

Jak rozwiązać umowę?

Umowę ubezpieczenia OC można wypowiedzieć:
- nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC została zawarta; w przypadku takiego wypowiedzenia umowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta
- jeżeli dana umowa została zawarta w trybie art. 28 ust. 1 Ustawy i posiadacz pojazdu mechanicznego w tym samym czasie jest ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń
- w razie przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu; w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC przez nowego posiadacza ulega ona rozwiązaniu z dniem jej wypowiedzenia

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia OC:
- w trybie określonym w art. 40 Ustawy o prawach konsumenta
- w przypadku, gdy umowa została zawarta przed rejestracją pojazdu mechanicznego, a pojazd ten w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy nie został zarejestrowany

W przypadku nadania oświadczenia o wypowiedzeniu lub odstąpieniu od umowy ubezpieczenia OC przesyłką listową, za chwilę jego złożenia uważa się datę nadania oświadczenia w placówce pocztowej.

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w Ustawie.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH
DLA KLIENTA
UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („WARTA"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie www.warta.pl.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o sporządzenie oferty ubezpieczenia lub w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce „Kontakt"). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub orzecznikom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – w zakresie historii szkodowości i weryfikacji danych podmiotu; Centralnej Ewidencji Pojazdów – w zakresie danych pojazdu; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówek medycznych – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: NNW W ZWIĄZKU Z RUCHEM POJAZDU (Dział II, Grupa 1)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków w związku z ruchem pojazdu (NNW) o symbolu C4275 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 1 października 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

NNW to ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, tj. nagłych zdarzeń wywołanych bezpośrednio przyczyną zewnętrzną, powstałych u Ubezpieczonych w związku z:
- ruchem ubezpieczonego pojazdu
- wsiadaniem lub wysiadaniem z ubezpieczonego pojazdu
- bezpośrednim załadowywaniem lub rozładowywaniem ubezpieczonego pojazdu
- naprawą pojazdu na trasie jazdy,

a także w wyniku jego pożaru lub wybuchu, w następstwie których Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Umowa ubezpieczenia NNW może zostać zawarta w odniesieniu do zarejestrowanego w Polsce pojazdu samochodowego, ciągnika rolniczego, motoroweru lub przyczepy przeznaczonej do przewozu osób.
Zawierając umowę ubezpieczenia NNW, można dokonać rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o opcję Bezpieczna Rodzina, gwarantującą dodatkowe świadczenie pieniężne w razie śmierci ubezpieczonego kierowcy wskutek nieszczęśliwego wypadku. Opcja Bezpieczna Rodzina nie jest dostępna dla samochodów innych niż osobowe i ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, a także nie jest dostępna dla klientów flotowych.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonych (kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu), takie jak:
- ✓ trwały uszczerbek na zdrowiu
- ✓ śmierć

do których doszło w związku z wymienionymi wyżej zdarzeniami.

W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej przysługuje:
- ✓ jednorazowe świadczenie pieniężne w granicach sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia – 100% sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci, a w pozostałych przypadkach proporcjonalnie do stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności na zdarzenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego i może wynosić minimalnie 5 000 zł, maksymalnie 100 000 zł
- ✓ w przypadku wykupienia opcji Bezpieczna Rodzina dodatkowe jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego kierowcy w wysokości jednej z wybranych sum ubezpieczenia 100 000 zł, 150 000 zł lub 300 000 zł
- ✓ zwrot dodatkowych kosztów określonych w OWU

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §3, §8 oraz §10–14 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × roszczeń niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego, w szczególności szkód związanych z utratą lub zniszczeniem rzeczy
- × kosztów leczenia Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
- × zadośćuczynienia za ból, cierpienia fizyczne lub moralne Ubezpieczonego

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w §4 OWU.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Z odpowiedzialności Warty wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków:
- ! powstałe w wyniku użytkowania pojazdu podczas rajdów, wyścigów, pokazów, konkursów albo innych zorganizowanych imprez sportowych lub turystycznych, a także podczas treningów do tych imprez
- ! spowodowane przez kierującego będącego w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody
- ! w odniesieniu do pasażera pojazdu – powstałe w wyniku działań tego pasażera będącego w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych
- ! powstałe w wyniku działań wojennych, stanu wyjątkowego albo w związku z udziałem Ubezpieczonego w strajkach, zamieszkach, rozruchach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu, sabotażu lub podobnych aktach niepokojów społecznych

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §4–5, §15–16 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ ubezpieczenie NNW obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz pozostałych krajów europejskich (Rosja i Turcja w europejskich częściach ich terytoriów), a także Maroka, Tunezji i Izraela (szkody powstałe na terytorium Gruzji nie są objęte umową ubezpieczenia)

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- zgłoszenie szkody nie później niż w ciągu 7 dni poprzez kontakt z Centrum Obsługi Klienta Warty
- przekazanie wszystkich niezbędnych informacji zgodnie z wymogami OWU
- złagodzenie skutków nieszczęśliwego wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej, zaleconemu leczeniu lub rehabilitacji

Szczegółowe informacje na temat obowiązków podane są w §15 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym, w zależności od dostępności danej formy płatności w punkcie sprzedaży.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, zgodnie z ustaleniami w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności są określone w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie.
Ochrona ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta
- z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu
- z dniem wyrejestrowania pojazdu
- z dniem rejestracji pojazdu za granicą Rzeczypospolitej Polskiej
- z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów
- w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu
- z dniem odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia w przypadkach określonych w OWU
- z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w §6 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można, odstąpić składając pisemne powiadomienie w terminie:
- 30 dni od dnia zawarcia umowy – osoby fizyczne
- 7 dni od dnia zawarcia umowy – przedsiębiorcy
- 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy – w przypadku umów zawieranych przez konsumentów za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. Internet, telefon)

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §6–7 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW W ZWIĄZKU Z RUCHEM POJAZDU (NNW)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 3, § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4, § 5 ust. 5, § 15 ust. 3 i § 16

Postanowienia ogolne
§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z ruchem pojazdu (NNW), zwane dalej OWU NNW, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A., zwane dalej WARTA z Ubezpieczającymi.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka przez WARTĘ, mogą być zastosowane w umowie ubezpieczenia postanowienia dodatkowe, inne niż określone w OWU NNW. Wprowadzenie takich postanowień wymaga zastosowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków może być zawarta w odniesieniu do zarejestrowanego na terenie Rzeczpospolitej Polskiej (RP) pojazdu samochodowego, ciągnika rolniczego, motoroweru, przyczepy przeznaczonej do przewozu osób. Rozszerzająca zakres ubezpieczenia opcja Bezpieczna Rodzina dostępna jest tylko dla samochodów osobowych i ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony.

Słowniczek pojęć
§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych OWU NNW otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami.

1. **Kierowca** – osoba kierująca ubezpieczonym pojazdem w momencie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem NNW.
2. **Naprawa pojazdu na trasie jazdy** – naprawa przez Ubezpieczonego pojazdu, który uległ awarii na trasie jazdy, mająca umożliwić dojazd do najbliższego warsztatu albo kontynuowanie jazdy.
3. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane bezpośrednio przyczyną zewnętrzną, powstałe w związku z:
   1) ruchem ubezpieczonego pojazdu,
   2) wsiadaniem lub wysiadaniem z ubezpieczonego pojazdu,
   3) bezpośrednim załadowywaniem lub rozładowywaniem ubezpieczonego pojazdu,
   4) naprawą pojazdu na trasie jazdy,

   w którego następstwie Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
4. **Okres ubezpieczenia** – wskazany w dokumencie ubezpieczenia okres, na jaki WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej.
5. **Pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 1.
6. **Pożar pojazdu** – ogień, który powstał w pojeździe bez winy Ubezpieczonego lub powstał poza pojazdem bez przeznaczonego do tego celu paleniska albo opuścił to palenisko i rozprzestrzenił się o własnej sile, obejmując swoim działaniem ubezpieczony pojazd.
7. **Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – wyroby medyczne wskazane w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.
8. **Rozładowywanie pojazdu** – zespół czynności koniecznych do usunięcia ładunku lub bagażu z ubezpieczonego pojazdu, nie dotyczy czynności polegających na przenoszeniu ładunku lub bagażu po jego wyjęciu z pojazdu do miejsca przeznaczenia.
9. **Rozstrój zdrowia** – spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zmiany w organie ciała, które zakłócają jego normalne funkcjonowanie, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu.
10. **Ruch pojazdu** – sytuacja, gdy ubezpieczony pojazd porusza się wskutek działania jego silnika, albo gdy toczy się wskutek działania sił bezwładności. Pojęcie to obejmuje również sytuacje, gdy pojazd ten jest w trakcie postoju lub gdy ma uruchomiony silnik i jest kierowany, ale nie porusza się z powodu warunków na drodze. Pojęcie ruchu pojazdu stosuje się także odpowiednio do ubezpieczonej przyczepy będącej w trakcie postoju lub ciągniętej przez ubezpieczony pojazd.
11. **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w złotych i podana w dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności WARTY.
12. **Szkoda** – strata majątkowa lub osobowa powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku określonego w OWU NNW, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności WARTY.
13. **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem trwałe uszkodzenie urazowe danego organu, narządu lub układu oraz towarzyszące temu powikłania. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w procentach, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej i orzeczenia lekarskiego.
14. **Ubezpieczający** – osoba lub podmiot zawierający z WARTĄ umowę ubezpieczenia NNW (tj. Właściciel pojazdu zawierający umowę ubezpieczenia na własny rachunek albo inna osoba zawierająca umowę ubezpieczenia na rachunek Właściciela pojazdu).
15. **Ubezpieczony** – uczestniczący w zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczenia NNW kierowca i osoby będące pasażerami pojazdu, których liczba w chwili zdarzenia nie jest większa niż liczba miejsc określonych w dowodzie rejestracyjnym tego pojazdu. Pojęcie Ubezpieczony nie obejmuje osób uczestniczących w załadowywaniu, rozładowywaniu, gaszeniu ubezpieczonego pojazdu, jeżeli nie są to kierowca lub pasażerowie tego pojazdu.
16. **Uprawniony** – osoba pisemnie upoważniona przez Ubezpieczonego do otrzymania należnego świadczenia w razie jego śmierci. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, świadczenie wypłacane jest osobie najbliższej zmarłemu według następującej kolejności:
   1) małżonkowi;
   2) dzieciom – w przypadku braku małżonka (w równych częściach);
   3) rodzicom – w przypadku braku małżonka i dzieci (w równych częściach);
   4) innym uprawnionym osobom, po przeprowadzeniu postępowania spadkowego.
17. **Użytkownik** – osoba upoważniona do korzystania z pojazdu na podstawie umowy leasingu lub kredytu wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
18. **Wsiadanie do pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje Ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz tego pojazdu.
19. **Wybuch pojazdu** – gwałtowna zmiana stanu równowagi ciśnień z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów, pary lub cieczy wywołane ich dążeniem do rozprzestrzeniania się, powstała w ubezpieczonym pojeździe lub obejmująca swoim zasięgiem ubezpieczony pojazd.
20. **Wysiadanie z pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje Ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi wewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się na zewnątrz tego pojazdu.
21. **Załadowywanie pojazdu** – zespół czynności koniecznych do umieszczenia i umocowania ładunku lub bagażu w lub na ubezpieczonym pojeździe, nie dotyczy czynności polegających na przenoszeniu ładunku lub bagażu w pobliże pojazdu.

Przedmiot ubezpieczenia
§ 3

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków, powstałe u Ubezpieczonych:
   1) w związku z ruchem pojazdu,
   2) w związku z wsiadaniem do pojazdu lub wysiadaniem z pojazdu,
   3) bezpośrednio przy załadowywaniu lub rozładowywaniu pojazdu,
   4) w wyniku pożaru lub wybuchu pojazdu,
   5) w związku z naprawą pojazdu na trasie jazdy.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje: trwały uszczerbek na zdrowiu, śmierć, koszty leczenia powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, o których mowa w § 13 oraz koszty, o których mowa w § 10 ust. 3.
3. W przypadku, gdy ubezpieczony pojazd jest złączony z przyczepą/naczepą niebędącą pojazdem przeznaczonym do przewozu osób, ochroną ubezpieczenia NNW WARTY objęte są osoby załadowujące lub rozładowujące tę przyczepę/naczepę tylko wtedy, gdy są Ubezpieczonymi. W przypadku ubezpieczonej maszyny rolniczej albo ciągnika rolniczego złączonego z przyczepą lub przyczepami (nieprzeznaczonymi do przewozu osób), ochroną ubezpieczenia NNW WARTY objęty jest jedynie kierowca tej maszyny rolniczej albo tego ciągnika.
4. Umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe na terytorium RP oraz pozostałych krajów europejskich (Rosja i Turcja w europejskich częściach ich terytoriów), a także Maroka, Tunezji i Izraela. W rozumieniu niniejszych OWU NNW szkody powstałe na terytorium Gruzji nie są objęte umową ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 4

1. Z odpowiedzialności WARTY wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe:
   1) w wyniku użytkowania pojazdu podczas rajdów, wyścigów, pokazów, konkursów albo innych zorganizowanych imprez sportowych lub turystycznych, a także podczas treningów do tych imprez,
   2) w wyniku działań wojennych, stanu wyjątkowego, albo w związku z udziałem Ubezpieczonego w strajkach, zamieszkach, rozruchach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu, sabotażu lub podobnych aktach niepokojów społecznych,
   3) podczas ruchu ubezpieczonego pojazdu, jeżeli kierowca nie posiadał wymaganych przepisami prawa kraju zajścia zdarzenia uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na powstanie nieszczęśliwego wypadku,
   4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub samobójstwa albo samookaleczenia,
   5) w odniesieniu do pasażera pojazdu w wyniku działań tego pasażera będącego w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, albo podobnie działających leków, jeżeli działanie to miało wpływ na powstanie lub rozmiar następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. WARTA nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków spowodowane przez kierowcę znajdującego się w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, albo podobnie działających leków, chyba że nie miało to wpływu na powstanie nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku, gdy ubezpieczony w WARCIE pojazd jest złączony z nieubezpieczoną w WARCIE przyczepą przeznaczoną do przewozu osób, odpowiedzialność WARTY z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie obejmuje przewożonych tą przyczepą osób.
4. Odpowiedzialność WARTY nie obejmuje zadośćuczynienia za ból, cierpienia fizyczne lub moralne Ubezpieczonego.
5. Odpowiedzialnością WARTY nie są objęte żadne roszczenia niezwiązane z nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego, w szczególności szkody spowodowane utraceniem lub zniszczeniem ubezpieczonego pojazdu, ładunku lub bagażu, odzieży, rzeczy osobistych, biżuterii, dokumentów, pieniędzy.
6. Odpowiedzialnością WARTY nie są objęte koszty leczenia Ubezpieczonego poza granicami RP.
7. Uprawnienia do kierowania pojazdem oraz stan nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, znajdowania się pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii ocenia się według prawa państwa, w którym miał miejsce nieszczęśliwy wypadek.

Zawarcie umowy

§ 5

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile nie umówiono się inaczej.
2. Na wniosek Ubezpieczającego możliwe jest rozszerzenie umowy NNW o opcję Bezpieczna Rodzina. Rozszerzenia umowy o opcję dodatkową można dokonać wyłącznie w chwili zawierania umowy ubezpieczenia.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie. Ubezpieczający zobowiązany jest podać wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA pytała we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Informacje te mogą być podane przez Ubezpieczającego WARCIE za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności telefonu lub Internetu. W razie zawarcia przez WARTĘ umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 3 spoczywają odpowiednio na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 3 i 4 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie powodujące szkodę i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
6. W przypadku składania wniosku o ubezpieczenie za pośrednictwem Internetu, regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną udostępniany jest w serwisie internetowym WARTY.
7. Zawarcie umowy ubezpieczenia WARTA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności WARTY

§ 6

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. W przypadku, gdy WARTA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłacenia składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa z końcem okresu, za który przypada niezapłacona składka.
3. W przypadku nieopłacenia składki lub raty składki w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak tej zapłaty oznacza wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczającego z upływem 7 dnia od dnia otrzymania wezwania. Pomimo wypowiedzenia umowy Ubezpieczający jest obowiązany opłacić składkę za okres, w którym WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, jako termin zapłacenia składki/raty składki, w przypadku jej opłacania przelewem bankowym, bądź przekazem pocztowym, przyjmuje się datę dokonania wpłaty, tj. odpowiednio datę potwierdzenia przez bank przyjęcia do realizacji polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.
5. Z zastrzeżeniem § 12 ust. 1 i § 13 ust. 1 odpowiedzialność WARTY ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
   1) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta,
   2) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu,
   3) z dniem wyrejestrowania pojazdu,
   4) z dniem rejestracji pojazdu za granicą RP,
   5) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów,
   6) w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu, chyba że WARTA wyrazi zgodę na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu z zastrzeżeniem ust. 6,
   7) z dniem odstąpienia od umowy zgodnie z § 7 ust. 1 lub wypowiedzenia umowy w przypadkach określonych ust. 2 oraz § 7 ust. 2 i 4,
   8) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki zgodnie z ust. 3.
6. Zgoda WARTY, o której mowa w ust. 5 pkt 6) nie jest wymagana w przypadku, gdy prawo własności pojazdu przechodzi na jego dotychczasowego Użytkownika, pod warunkiem, że w dotychczasowej umowie ubezpieczenia był on Ubezpieczającym.

Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
   1) w terminie 7 dni w przypadku przedsiębiorców i 30 dni w przypadku osób niebędących przedsiębiorcami, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy,
   2) w przypadku umów zawartych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość przez Ubezpieczającego będącego konsumentem, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
3. Odstąpienie od umowy zgodnie z ust. 1 pkt 1) jak i odstąpienie od umowy zawartej na podstawie zgody na rozpoczęcie świadczenia ochrony przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. Sumę ubezpieczenia ustala się wg deklaracji Ubezpieczającego zawartej we wniosku w granicach określonych w ust. 2.
2. Suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 5.000 zł i wyższa niż 100.000 zł.
3. Zadeklarowana suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na zdarzenie w stosunku do każdego Ubezpieczonego i stanowi maksymalną wysokość świadczenia na każdego Ubezpieczonego w przypadku:
   1) 100% (lub wyższego) trwałego uszczerbku na zdrowiu,
   2) śmierci Ubezpieczonego.
4. Wyłącznie w przypadku rozszerzenia o opcję Bezpieczna Rodzina, z tytułu śmierci ubezpieczonego Kierowcy wskutek nieszczęśliwego wypadku ustala się dodatkową sumę ubezpieczenia w wysokości 100.000 zł, 150.000 zł albo 300.000 zł, w zależności od wyboru przez Ubezpieczającego wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia dla opcji Bezpieczna Rodzina. Suma ubezpieczenia dla opcji Bezpieczna Rodzina stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY dla tej opcji.

Składka

§ 9

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności WARTY, według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia i od wybranej przez Ubezpieczającego dodatkowej sumy ubezpieczenia, jeżeli umowa została rozszerzona o opcję Bezpieczna Rodzina.
2. Składkę za ubezpieczenie opłaca się jednorazowo. Na wniosek Ubezpieczającego płatność składki może być rozłożona na raty.
3. Opłacając składkę w ratach terminy płatności poszczególnych rat określa się dzieląc okres ubezpieczenia na równe części, których liczba tożsama jest z liczbą rat. Wysokość składki i terminy płatności składki lub jej rat określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Rodzaje i wysokości świadczeń

§ 10

1. Ubezpieczonemu, który wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał 100% lub wyższego trwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4. W tej samej wysokości, z zastrzeżeniem § 12 ust. 1, przysługuje jednorazowe świadczenie Uprawnionemu, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zmarł.
2. Ubezpieczonemu, który wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał mniejszego niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 1/100 sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, za każdy ustalony przez WARTĘ punkt procentowy trwałego uszczerbku na zdrowiu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. W przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek miał miejsce poza granicami RP, ale wyłącznie w jednym z krajów określonych w § 3 ust. 4:
   1) Uprawnionemu przysługuje, ponad sumę ubezpieczenia, zwrot kosztów sprowadzenia zwłok lub prochów Ubezpieczonego do miejsca pochówku w Polsce z zastrzeżeniem, że zwrot tych kosztów następuje do wysokości kosztów, jakie poniosłaby WARTA zlecając wykonanie tej usługi uprawnionemu przedsiębiorstwu w Polsce, jednak nie więcej niż do kwoty 3.000 zł; postanowienia § 14 stosuje się odpowiednio,
   2) jeżeli z przyczyn medycznych, potwierdzonych opinią lekarza leczącego, konieczny jest przewóz Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania w Polsce, albo do odpowiedniego szpitala lub innej jednostki służby zdrowia w Polsce, Ubezpieczonemu przysługuje, ponad sumę ubezpieczenia, jednorazowy zwrot kosztów takiego przewozu z zastrzeżeniem, że zwrot tych kosztów następuje do wysokości kosztów, jakie poniosłaby WARTA zlecając wykonanie tej usługi uprawnionemu przedsiębiorstwu w Polsce, jednak nie więcej niż do kwoty 1.500 zł. Postanowienia § 14 stosuje się odpowiednio.
4. Jeżeli w chwili powstania nieszczęśliwego wypadku liczba osób przewożonych ubezpieczonym pojazdem była większa niż dopuszczalna, określona w dowodzie rejestracyjnym tego pojazdu i jednocześnie liczba osób, u których wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu jest większa niż dopuszczalna, WARTA ustala dla każdej z tych osób nową sumę ubezpieczenia, wynikającą z podzielenia maksymalnej sumy ubezpieczenia danego pojazdu przez liczbę osób, u których wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu. Maksymalna suma ubezpieczenia stanowi iloczyn aktualnej w chwili zdarzenia sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia i dopuszczalnej liczby osób określonej w dowodzie rejestracyjnym tego pojazdu.
5. Dodatkowo, wyłącznie w przypadku rozszerzenia umowy o opcję Bezpieczna Rodzina, Uprawnionemu przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego Kierowcy w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej zgodnie z § 8 ust. 4.

§ 11

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego (z uwzględnieniem § 12 ust. 1) WARTA wypłaca Uprawnionemu.

§ 12

1. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał jednorazowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku w okresie dwóch lat od dnia tego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci, o którym mowa w § 10 ust. 1, wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.
2. Jeżeli w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony zmarł poza granicami RP, ale wyłącznie w jednym z krajów określonych w § 3 ust. 4, zwrot kosztów sprowadzenia jego ciała lub prochów następuje na podstawie § 10 ust. 3 pkt 1).
3. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem objętego ochroną nieszczęśliwego wypadku, niewypłacone przed śmiercią świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wypłaca się osobie Uprawnionej. Jeżeli przed śmiercią Ubezpieczonego nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, do określenia świadczenia przyjmuje się przypuszczalny procent tego uszczerbku, ustalony przez lekarza powołanego przez WARTĘ, na podstawie dokumentacji lekarskiej i w oparciu o „Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu WARTA" obowiązującą w dniu ustalania świadczenia udostępnioną na stronie www.warta.pl oraz w placówkach WARTY.

§ 13

1. WARTA, z zastrzeżeniem § 14, zwraca Ubezpieczonemu (lub Uprawnionemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego) dodatkowo, poza świadczeniami określonymi w § 10 i § 12, udokumentowane koszty leczenia (wyłącznie w Polsce) do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej niż 2.000 zł pod warunkiem, że:
   1) poniesione zostały w związku z objętym ochroną nieszczęśliwym wypadkiem,
   2) poniesione zostały w okresie nie dłuższym niż dwa lata od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
   3) nie zostały pokryte z innej umowy ubezpieczenia.
2. Za koszty leczenia uważa się wydatki powstałe z tytułu:
   1) udzielenia doraźnej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej,
   2) przewozu Ubezpieczonego z miejsca zdarzenia do szpitala lub ambulatorium,

3) pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych),
4) nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przepisanych przez lekarza,
5) przeszkolenia zawodowego inwalidów.

§ 14

1. W przypadku powstania nieszczęśliwego wypadku, w stosunku do Ubezpieczonych będących obcokrajowcami lub osobami posiadającymi oprócz obywatelstwa polskiego także obywatelstwo innego kraju, w zakresie zwrotu kosztów leczenia, przewozu zwłok lub prochów i kosztów przewozu Ubezpieczonych stosuje się zasady określone w § 10 ust. 3 z tym, że:
   1) jeżeli zdarzenie miało miejsce na terytorium RP, WARTA uwzględnia:
      a) koszty przewozu Ubezpieczonego do kraju, w którym ma stałe miejsce zamieszkania,
      b) koszty przewozu ciała lub prochów Ubezpieczonego do miejsca pochówku w kraju, w którym ma stałe miejsce zamieszkania,
   2) jeżeli zdarzenie miało miejsce poza terytorium RP, WARTA uwzględnia:
      a) koszty przewozu Ubezpieczonego z kraju zdarzenia do kraju, w którym ma stałe miejsce zamieszkania,
      b) koszty przewozu ciała lub prochów Ubezpieczonego do miejsca pochówku w kraju, w którym ma stałe miejsce zamieszkania.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1 WARTA zwraca Ubezpieczonemu (lub Uprawnionemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego) dodatkowo, poza świadczeniami określonymi w § 10 i § 12.
3. Przez kraj, w którym Ubezpieczony ma miejsce stałego zamieszkania rozumie się kraj określony w dokumencie tożsamości Ubezpieczonego, będący jednocześnie krajem, o którym mowa w § 3 ust. 4.
4. Jeżeli Ubezpieczony posiada więcej niż jedno obywatelstwo, o wyborze kraju, do którego realizowany będzie przewóz decyduje Ubezpieczony, albo w przypadku jego śmierci lub takiego jego stanu, w którym nie może on podejmować decyzji – Uprawniony.

Obowiązki w przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

§ 15

1. W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani w terminie nie późniejszym niż 7 dni:
   1) od dnia zaistnienia na terytorium RP nieszczęśliwego wypadku,
   2) od powrotu do kraju z zagranicy w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek zaistniał poza granicami RP,
   3) od dnia ustania okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie,

   skontaktować się z CENTRUM OBSŁUGI KLIENTA, zwanym dalej COK, którego numer telefonu oraz adres strony Internetowej znajduje się w dokumencie ubezpieczenia i zawiadomić o szkodzie, a następnie dokonać zgłoszenia szkody postępując zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez pracownika COK.
2. Informacja przekazywana do WARTY powinna zawierać:
   1) dane zgłaszającego nieszczęśliwy wypadek,
   2) dane pozwalające zidentyfikować umowę ubezpieczenia, takie jak: dane właściciela pojazdu, dane pojazdu (marka i nr rejestracyjny), nr dokumentu ubezpieczenia (polisy),
   3) czas, miejsce i opis zdarzenia,
   4) dane Ubezpieczonego (jeżeli nie jest to osoba zgłaszająca zdarzenie objęte ochroną), miejsce pobytu i możliwości skontaktowania się z Ubezpieczonym,
   5) w miarę możliwości inne informacje, takie jak: obecność policji na miejscu zdarzenia, dane innych uczestników zdarzenia, liczba poszkodowanych itp.
3. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła obowiązków wymienionych w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności i skutków nieszczęśliwego wypadku, WARTA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, chyba że w przewidzianym wyżej terminie otrzymała wiadomość o okolicznościach wypadku, które należało podać do jej wiadomości.
4. Ponadto Ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) starać się o złagodzenie skutków nieszczęśliwego wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej, zaleconemu leczeniu lub rehabilitacji,
   2) przedstawić WARCIE:
      a) dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) uzasadniające konieczność udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej, hospitalizacji, wykonania badań lub przepisania określonych leków,
      b) faktury lub inne dowody poniesienia kosztów pomocy medycznej lub innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
   3) udzielić pomocy i wyjaśnień oraz umożliwić WARCIE dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności wypadku i zasadności wysokości roszczenia,
   4) poddać się, na zlecenie WARTY badaniu przez lekarza wskazanego przez WARTĘ w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Ponadto Uprawniony jest zobowiązany:
   1) przedstawić WARCIE:
      a) w razie śmierci Ubezpieczonego akt zgonu,
      b) faktury lub inne dowody poniesienia kosztów pomocy medycznej lub innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
   2) udzielić pomocy i wyjaśnień oraz umożliwić WARCIE dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności wypadku i zasadności wysokości roszczenia.
6. WARTA może żądać od Ubezpieczonego, a także w zależności od okoliczności od Uprawnionego albo jego przedstawiciela prawnego wyrażenia pisemnej zgody na wystąpienie do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o swoim stanie zdrowia, ustalenia praw osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po nieszczęśliwym wypadku.

§ 16

WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć w przypadku odmowy dostarczenia dokumentów, o których mowa w § 15 ust. 4 i 5 lub odmowy udzielenia zgody na uzyskanie informacji, o których mowa w § 15 ust. 6 , albo w przypadku odmowy niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, zaleconemu leczeniu lub rehabilitacji, jeżeli miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu jej odpowiedzialności.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 17

1. WARTA wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Rodzaje i wysokość świadczeń określa się po ustaleniu odpowiedzialności WARTY za szkodę.
3. Ustalenie odpowiedzialności WARTY oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dokumentów, określonych w § 15 ust. 4 i 5.
4. Ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze powołani przez WARTĘ, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz w oparciu o „Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu WARTA" udostępnioną na stronie www.warta.pl oraz w placówkach WARTY.
5. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarzy leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w ciągu dwóch lat od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) lub zgon Ubezpieczonego nie dają podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
6. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę zawodu lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
7. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed objętym ubezpieczeniem nieszczęśliwym wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku właściwym dla stanu danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 18

1. Ustalone świadczenia płatne są w złotych. Zwrot kosztów powstałych w związku z nieszczęśliwych wypadkiem mającym miejsce poza granicami RP wypłacane są zawsze w złotych, według średniego kursu wymiany walut NBP z dnia ustalenia wysokości świadczenia.

§ 19

1. WARTA jest zobowiązana wypłacić świadczenie w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną.
2. Jeśli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, odszkodowanie/świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności lub ustalenie wysokości odszkodowania/świadczenia było możliwe, jednakże bezsporna część jest wypłacana zgodnie z terminem określonym w ust. 1.
3. Przez bezsporną część odszkodowania/świadczenia rozumie się część odszkodowania/świadczenia, która może być wypłacona po spełnieniu następujących warunków:
   1) została ustalona odpowiedzialność WARTY za zgłoszoną szkodę,
   2) nieznana jest dokładna, ostateczna wysokość odszkodowania/świadczenia, jednak z całą pewnością wiadomo, że jego wysokość przekroczy kwotę zakwalifikowaną jako bezsporna część świadczenia.
4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 WARTA nie wypłaci odszkodowania/świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części oraz wypłaca bezsporną część odszkodowania/świadczenia.
5. Jeżeli odszkodowanie/świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, WARTA informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania/świadczenia wraz z informacją o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Zwrot składki

§ 20

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie za każdy dzień okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Postanowienia końcowe

§ 21

1. 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, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
3. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
   Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
4. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. W przypadku umów zawieranych przez Internet skargę można złożyć dodatkowo za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) – adres: https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=PL.

§ 22

1. Do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU NNW stosuje się prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU NNW mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 23

Niniejsze OWU NNW w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 października 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu

Jarosław NIEMIROWSKI

Prezes Zarządu

Jarosław PARKOT

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH
DLA KLIENTA
UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („WARTA"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie www.warta.pl.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o sporządzenie oferty ubezpieczenia lub w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce „Kontakt"). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub orzecznikom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – w zakresie historii szkodowości i weryfikacji danych podmiotu; Centralnej Ewidencji Pojazdów – w zakresie danych pojazdu; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówek medycznych – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: WARTA ZIELONA KARTA (Dział II, Grupa 10)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów w krajach, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie certyfikatu międzynarodowej karty ubezpieczenia samochodowego (ZIELONEJ KARTY) o symbolu C2505 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 2 lutego 2016 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Zielona Karta to ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
Posiadanie certyfikatu Zielonej Karty jest wymagane przy wjeździe do wybranych krajów.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym wymienionym w polisie i certyfikacie Zielonej Karty za szkody wyrządzone osobom trzecim powstałe w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w krajach, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie takiego certyfikatu

✓ ochroną ubezpieczeniową objęte są osoby będące posiadaczami pojazdu mechanicznego, których dane, zgodnie z dowodem rejestracyjnym, są określone w Zielonej Karcie, lub osoby kierujące tym pojazdem upoważnione przez właściciela

Warta ponosi odpowiedzialność do wysokości minimalnych sum gwarancyjnych przewidzianych w przepisach prawnych państwa, na terytorium którego miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, jednak nie niższych niż sumy określone w umowie ubezpieczenia.

Ubezpieczenia można zawrzeć na zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej pojazdy silnikowe, których konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h (z wyłączeniem ciągników rolniczych) oraz przyczepy.

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §1–3 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× pojazdów innych niż zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej
× szkód w innych krajach niż wymienione w certyfikacie Zielonej Karty
× skutków nieokazania certyfikatu Zielonej Karty organom kontrolnym podczas wjazdu, przebywania i wyjazdu z terytorium państw wymienionych w dokumencie ubezpieczenia

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w §1, §2 i §7 OWU.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Warta nie pokrywa kosztów:
! zastępstwa procesowego w postępowaniu cywilnym bez zgody Warty
! ustanowienia obrońcy w postępowaniu karnym
! kar pieniężnych i grzywien

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §7 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ ubezpieczenie obowiązuje poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w krajach, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie certyfikatu Zielonej Karty, tj. Albanii, Azerbejdżanu, Białorusi, Czarnogóry, Iranu, Izraela, Maroko, Mołdawii, Macedonii, Rosji, Tunezji, Turcji, Ukrainy

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- w krajach, o których mowa powyżej, posiadanie certyfikatu Zielonej Karty i okazywanie go na każde żądanie organów kontroli
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia w terminie określonym w polisie
- pisemne poinformowanie Warty o zaistniałym wypadku w terminie 14 dni od daty zdarzenia, nie później jednak niż 7 dni od powrotu do Rzeczypospolitej Polskiej

Szczegółowe informacje na temat obowiązków podane są w §7 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym, w zależności od dostępności danej formy płatności w punkcie sprzedaży.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, zgodnie z ustaleniami w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności są określane w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie. Umowę można zawrzeć na dowolny okres, ale nie krótszy niż 15 dni i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
Ochrona ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty pojazdu w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza
- z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta
- w przypadku przewłaszczenia lub zbycia samochodu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności samochodu

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w §5–6 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można odstąpić, składając pisemne powiadomienie w terminie:
- 30 dni od dnia zawarcia umowy – osoby fizyczne
- 7 dni od dnia zawarcia umowy – przedsiębiorcy

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §6 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH ZA SZKODY POWSTAŁE W ZWIĄZKU Z RUCHEM TYCH POJAZDÓW W KRAJACH, PRZY WJEŹDZIE DO KTÓRYCH WYMAGANE JEST POSIADANIE CERTYFIKATU MIĘDZYNARODOWEJ KARTY UBEZPIECZENIA SAMOCHODOWEGO (ZIELONEJ KARTY) WRAZ Z TARYFĄ SKŁADEK

(TEKST JEDNOLITY z uwzględnieniem Aneksu Nr 1/2014 oraz Nr 1/2015)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7 ust. 8 i 10

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów w krajach, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie certyfikatu Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karty), zwane dalej OWU ZK, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. (zwane dalej WARTA) z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Pojazdami mechanicznymi w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia są pojazdy samochodowe i przyczepy zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej (RP) zgodnie z przepisami Ustawy Prawo o ruchu drogowym.
3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest odpowiedzialność cywilna posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym wymienionym w polisie WARTY i certyfikacie Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karcie), za szkody wyrządzone osobom trzecim powstałe w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami RP, w krajach, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie certyfikatu Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karty).
2. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, ochroną ubezpieczeniową objęte są osoby będące posiadaczami pojazdu mechanicznego, których dane, zgodnie z dowodem rejestracyjnym, są określone w Zielonej Karcie lub osoby kierujące tym pojazdem, upoważnione przez Właściciela.

Świadczenie ubezpieczeniowe – odszkodowanie

§ 3

1. Z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie OC ZK) przysługuje odszkodowanie jeżeli posiadacz i/lub kierujący pojazdem są zobowiązani, na podstawie prawa państwa, na terytorium którego nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, do odszkodowania za wyrządzoną osobom trzecim w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym, określonej przez prawo miejsca zdarzenia, najwyżej jednak do wysokości minimalnych sum gwarancyjnych i w zakresie warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przewidzianych w przepisach prawnych państwa, na terytorium którego miało miejsce zdarzenie, objęte ochroną ubezpieczeniową lub do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli minimalna suma gwarancyjna, przewidziana prawem miejsca zdarzenia, jest niższa od sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia lub warunki przewidziane prawem miejsca zdarzenia mają węższy zakres niż warunki ustalone w umowie ubezpieczenia, WARTA zapłaci odszkodowanie, najwyżej jednak do wysokości sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w dokumencie ubezpieczenia.
4. Jeżeli zarówno poszkodowany jak i posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym, są obywatelami RP i mają w niej stałe miejsce zamieszkania, dla oceny skutków zdarzenia oraz ustalenia zakresu świadczeń, do którego zobowiązana będzie WARTA, właściwe jest prawo polskie, o ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej.
5. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, jeżeli szkoda wyrządzona została ruchem zespołu pojazdów, ubezpieczeniem OC ZK posiadacza pojazdu silnikowego ciągnącego objęta jest szkoda spowodowana przyczepą, która:
   1) złączona jest z pojazdem silnikowym,
   2) odłączyła się od pojazdu silnikowego ciągnącego i jeszcze się toczyła.
6. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, ubezpieczeniem OC ZK posiadacza przyczepy lub naczepy objęta jest tylko szkoda spowodowana przyczepą lub naczepą, która:
   1) nie jest złączona z pojazdem silnikowym ciągnącym lub
   2) odłączyła się od pojazdu silnikowego ciągnącego i przestała się toczyć.
7. Zasady określone w ust. 5 i 6 stosuje się również w razie złączenia pojazdów mechanicznych w celu holowania.
8. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, w przypadku zespołu pojazdów mechanicznych lub pojazdów mechanicznych złączonych w celu holowania, ubezpieczeniem OC ZK nie jest objęta odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z ruchem:
   1) pojazdu ciągnącego lub holującego – w przyczepie lub pojeździe holowanym oraz
   2) przyczepy lub pojazdu holowanego – w pojeździe ciągnącym lub holującym.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowę ubezpieczenia OC ZK zawiera się na pisemny wniosek Właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej (Ubezpieczających).
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres wskazany przez Ubezpieczającego, jednak nie krótszy niż 15 dni i nie dłuższy niż 12 miesięcy.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie pisemnej, na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego u przedstawiciela WARTY. Ubezpieczający zobowiązany jest podać wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA pytała we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający wypełnił wniosek wadliwie lub nie podał we wniosku danych, o które WARTA pytała, WARTA zwraca wniosek wskazując dane, które należy podać, aby umowa mogła być zawarta. Jeżeli WARTA zawarła umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia WARTA potwierdza polisą oraz certyfikatem Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zieloną Kartą).
6. W przypadku utraty lub zniszczenia dokumentów ubezpieczenia wymienionych w ust. 5, WARTA na pisemny wniosek Ubezpieczającego, wystawia duplikat dokumentu ubezpieczenia na czas zgodny z okresem, na który została zawarta umowa ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności WARTY

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty oraz nie wcześniej niż z chwilą przekroczenia granicy.
2. Odpowiedzialność WARTY z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wygasa w przypadkach, o których mowa w ust. 7 i § 6 niniejszych OWU ZK.
3. Na wniosek Ubezpieczającego, WARTA może przyjąć odpowiedzialność z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia. W dokumencie ubezpieczenia określa się wówczas datę i godzinę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz termin zapłacenia składki (raty składki) nie dłuższy jednak niż 14 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Rozłożenie płatności składki na raty jest możliwe pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na okres 12 miesięcy.
4. W przypadku, gdy WARTA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie określonym w polisie, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłacenia składki za okres przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypada niezapłacona składka.
5. W przypadku opłacania składki w ratach i nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w polisie, WARTA może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, jako termin zapłacenia składki/raty składki, w przypadku jej opłacania przelewem bankowym, bądź przekazem pocztowym, przyjmuje się datę dokonania wpłaty, tj. odpowiednio datę potwierdzenia przez bank przyjęcia do realizacji polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.
7. Odpowiedzialność WARTY wygasa i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
   1) z upływem okresu, na który została zawarta,
   2) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu w okolicznościach nie powodujących zmiany posiadacza,
   3) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 1 oraz wypowiedzenia zgodnie z ust. 4,
   4) w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu, np. na podstawie umowy sprzedaży, zamiany, darowizny, z zastrzeżeniem ust. 9,
   5) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki zgodnie z ust 5.
8. W sytuacjach wymienionych w ust. 7 pkt 2), 3) i 4) oraz w § 6, Ubezpieczający zobowiązany jest zwrócić WARCIE oryginał polisy i certyfikatu Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karty), chyba że strony umowy postanowiły inaczej.
9. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7 pkt 4) nie następuje w przypadku, gdy przed przeniesieniem prawa własności WARTA wyrazi zgodę na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia.
10. W razie wyrażenia przez WARTĘ zgody na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia, na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony, za zgodą WARTY umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas od chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
11. Zgoda WARTY, o której mowa w ust. 10 nie jest wymagana w przypadku, gdy prawo własności pojazdu przechodzi na jego dotychczasowego Użytkownika.
12. Postanowień ust. 10 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 7 dni w przypadku przedsiębiorców i 30 dni w przypadku osób nie będących przedsiębiorcami, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający może odstąpić od zawartej umowy ubezpieczenia niezależnie od okresu na jaki została zawarta, o ile odstąpienie miałoby miejsce przed terminem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia określonego w polisie i w certyfikacie Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karcie).

Obowiązki posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym

§ 7

1. W krajach, o których mowa w § 1 ust. 1 kierujący pojazdem mechanicznym obowiązany jest posiadać Zieloną Kartę i okazywać ją na każde żądanie organów upoważnionych do kontroli.
2. WARTA nie odpowiada za skutki nieokazania Zielonej Karty organom kontrolnym podczas wjazdu, przebywania i wyjazdu posiadacza i/lub kierującego pojazdem mechanicznym z terytorium państw wymienionych w dokumencie ubezpieczenia.
3. W razie wypadku kierujący pojazdem mechanicznym zobowiązany jest:
   1) przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku, starać się o złagodzenie skutków wypadku oraz w miarę możliwości zapewnić udzielenie pomocy lekarskiej osobom poszkodowanym, jak również zabezpieczyć mienie osób poszkodowanych,
   2) zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody oraz starać się o zebranie dowodów pozwalających na ustalenie okoliczności wypadku oraz rodzaju i rozmiarów szkody,
   3) udzielić osobom poszkodowanym niezbędnych informacji, koniecznych do identyfikacji zakładu ubezpieczeń, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia,
   4) w razie zderzenia z innym pojazdem mechanicznym ustalić, w miarę możliwości, dane pojazdu oraz nazwę zakładu ubezpieczeń, z którym posiadacz tego pojazdu zawarł umowę ubezpieczenia OC,
   5) powiadomić policję o wypadku z ofiarami w ludziach oraz o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenia, że popełniono przestępstwo, a także gdy wymaga tego prawo kraju zdarzenia.
4. Posiadacz i/lub kierujący pojazdem mechanicznym są zobowiązani w terminie 14 dni od daty zdarzenia, nie później jednak niż 7 dni od powrotu do RP, poinformować pisemnie WARTĘ o zaistniałym wypadku, przedstawić okoliczności i posiadane dowody dotyczące okoliczności wypadku i rozmiaru szkód.
5. W razie zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie do posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, obowiązani są oni w terminie 7 dni od daty otrzymania roszczenia powiadomić o tym WARTĘ dostarczając dokumenty dotyczące okoliczności wypadku i rozmiaru szkody.
6. Posiadacz i/lub kierujący pojazdem mechanicznym nie może bez zgody WARTY podejmować żadnych zobowiązań w stosunku do osób zgłaszających roszczenia ani też składać żadnych oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wypadek pod rygorem uznania ich za bezskuteczne wobec WARTY.
7. Jeżeli poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową przeciwko posiadaczowi lub kierującemu pojazdem mechanicznym, obowiązani są oni w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji o pozwie zawiadomić o tym WARTĘ. Na żądanie WARTY zobowiązani są oni również udzielić pełnomocnictwa procesowego osobie wskazanej przez WARTĘ.
8. WARTA nie pokrywa kosztów:
   1) zastępstwa procesowego posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, ustanowionego w postępowaniu cywilnym bez zgody WARTY,
   2) ustanowienia obrońcy w postępowaniu karnym prowadzonym przeciwko posiadaczowi lub kierującemu pojazdem,
   3) a także jakichkolwiek kar pieniężnych, środków karnych i grzywien lub innych płatności nałożonych na posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym.
9. Posiadacz pojazdu mechanicznego zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić WARTĘ o wyrejestrowaniu a także o trwałej i zupełnej utracie posiadania pojazdu w okolicznościach nie powodujących zmiany posiadacza, oraz o zbyciu pojazdu, podając dane osobowe nabywcy pojazdu.
10. Jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnili jakiegokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1-9 i miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu odpowiedzialności cywilnej lub na zwiększenie rozmiaru szkody, WARCIE przysługuje roszczenie o zwrot całości lub części wypłaconego odszkodowania oraz poniesionych kosztów, których wypłata nie nastąpiłaby, gdyby zostały dopełnione ciążące na nich obowiązki.

Ustalenie wysokości szkody i wypłata odszkodowania

§ 8

1. WARTA ustala wysokość szkody zgodnie z przepisami prawa cywilnego właściwego dla zobowiązań, których źródłem jest zdarzenie wyrządzające szkodę objęte ochroną ubezpieczeniową.
2. WARTA wypłaca odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia OC ZK na podstawie uznania roszczenia osoby poszkodowanej, zawartej z nią ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Odszkodowanie wypłaca się bezpośrednio osobie poszkodowanej lub osobie uprawnionej w uzgodniony z nią sposób, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 9

1. Zawiadomienia i oświadczenia, które w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony umowy, powinny być dokonywane na piśmie.
2. Jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym zmienił adres zamieszkania lub siedzibę i nie zawiadomił o tym WARTY zawiadomienia lub oświadczenia skierowane przez WARTĘ za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym na adres ostatniego znanego miejsca zamieszkania lub siedziby posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym wywierają skutki prawne od chwili, w której byłyby doręczone posiadaczowi lub kierującemu pojazdem, gdyby nie zmienili adresu lub siedziby.

Roszczenie zwrotne

§ 10

1. WARCIE przysługuje uprawnienie dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego odszkodowania jeżeli kierujący:
   1) wyrządził szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
   2) nie posiadał wymaganych w kraju zdarzenia uprawnień do kierowania pojazdem, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa,
   3) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek przestępstwa,
   4) zbiegł z miejsca zdarzenia,
   5) w innych przypadkach określonych prawem miejsca zdarzenia.
2. Uprawnienie WARTY do dochodzenia zwrotu wypłaconego odszkodowania przysługuje również wówczas, gdy posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym posługiwał się sfałszowanym certyfikatem Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zieloną Kartą).
3. Stan nietrzeźwości kierującego pojazdem mechanicznym, fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa kraju, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

Taryfa składek

§ 11

1. Wysokość składki zależy od:
   1) rodzaju pojazdu,
   2) miejsca zarejestrowania/użytkowania pojazdu (strefy regionalnej/taryfowej),
   3) okresu ubezpieczenia,
   4) sposobu opłaty składki (w ratach lub jednorazowo),
   5) posiadania ważnego na dzień zawierania umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych w WARCIE.
2. Rozłożenie płatności składki na raty jest możliwe wyłącznie pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na okres 12 miesięcy.
3. Członek Zarządu/Dyrektor Zarządzający nadzorujący merytorycznie ubezpieczenia komunikacyjne, na podstawie analizy dotychczasowego przebiegu ubezpieczeń oraz oceny ryzyka, może określić poziom zniżki/zwyżki specjalnej w odniesieniu do poszczególnych grup:
   1) grup pojazdów,
   2) grup Klientów.

Zniżka/zwyżka z tytułu jednorazowej lub ratalnej płatności składki

§ 12

1. Z uwzględnieniem § 11 ust. 2 ustala się zwyżki/zniżki składki za sposób opłacenia składki:
   1) za jednorazową opłatę składki stosuje się zniżkę składki w wysokości 5%,
   2) brak zniżki/zwyżki składki w przypadku płatności w 2 równych ratach,
   3) za opłatę składki w 4 ratach nalicza się zwyżkę składki w wysokości 5%.
2. Składkę należną ustala się za czas trwania odpowiedzialności WARTY według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Składkę należną zaokrągla się do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki mniejsze od 0,50 zł zaokrągla się w dół, a końcówki równe lub większe od 0,50 zł zaokrągla się w górę.
4. Terminy płatności poszczególnych rat określa się dzieląc okres ubezpieczenia na równe części, których liczba tożsama jest z liczbą rat. Terminy płatności składki lub jej rat oraz ich wysokość określa się w polisie WARTY.

§ 13

1. Ustala się strefy taryfowe składek. Lokalną przynależność strefową poszczególnych grup pojazdów mechanicznych określają Dyrektorzy Centrów Produktowych WARTY, odpowiednio do oceny stopnia ryzyka.
2. Składkę ustala się według strefy taryfowej składki obowiązującej w miejscu rejestracji pojazdu. W przypadku pojazdów niezarejestrowanych kryterium do wyboru strefy taryfowej składki stanowi miejsce stałego zamieszkania (siedziby) posiadacza pojazdu.
3. W przypadku pojazdów stale użytkowanych poza obszarem, na którym pojazd został zarejestrowany, na wniosek Ubezpieczającego składkę można ustalić według taryfy właściwej dla siedziby lub miejsca zamieszkania użytkownika.

§ 14

Tabele składek bazowych za ubezpieczenie OC ZK zawiera załącznik nr 1 do niniejszych OWU ZK.

Zwrot składki

§ 15

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC ZK uległa rozwiązaniu przed upływem okresu na jaki umowa ta została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie za każdy dzień niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od dnia następnego po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.
4. WARTA dokonuje zwrotu składki na wniosek Ubezpieczającego albo osoby przez niego upoważnionej.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU ZK.
2. Wprowadzenie uzgodnionych przez strony postanowień, o których mowa w ust. 1 wymaga zastosowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Z uwzględnieniem § 8 ust. 2 roszczeń z umowy ubezpieczenia można dochodzić na drodze postępowania sądowego.

4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU ZK w stosunkach między WARTĄ a posiadaczem lub kierującym pojazdem mechanicznym mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124 poz. 1151 ze zm.) oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

§ 17

1. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   Na wniosek klienta WARTA potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej.
2. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
3. WARTA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 18

Niniejsze OWU ZK w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 2 lutego 2016 r.

Wiceprezes Zarządu

Krzysztof KUDELSKI

Prezes Zarządu

Jarosław PARKOT

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OWU ZK

Wysokość składek bazowych za ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zaopatrzonych w polskie tablice rejestracyjne zwyczajne, indywidualne, zabytkowe, dyplomatyczne na wyjazd do państw, przy wjeździe do których wymagane jest posiadanie certyfikatu Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielonej Karty).

Wysokość składki podana jest w złotych.

Poz. taryfy	Rodzaj pojazdu	Strefa taryfowa						
		od 15 do 30 dni						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Osobowe	0	11	21	105	210	420	1 050
2.	Inne niż osobowe	0	11	21	210	420	840	2 100

Poz. taryfy	Rodzaj pojazdu	Strefa taryfowa						
		Powyżej 30 dni do 12 miesięcy						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Osobowe	0	21	105	525	1 050	2 100	5 250
2.	Inne niż osobowe	0	21	105	1 050	2 100	4 200	10 500

UWAGA:
Powyższe składki są składkami ryczałtowymi. W przypadku zastosowania strefy taryfowej I, II lub III obejmują one okres nie dłuższy niż do końca ochrony ubezpieczeniowej zawartej z WARTĄ umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów w kraju i za granicą.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH
DLA KLIENTA
UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („WARTA"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie www.warta.pl.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o sporządzenie oferty ubezpieczenia lub w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce „Kontakt"). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub orzecznikom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – w zakresie historii szkodowości i weryfikacji danych podmiotu; Centralnej Ewidencji Pojazdów – w zakresie danych pojazdu; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówek medycznych – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A. **Produkt: WARTA AUTO-SZYBY (Dział II, Grupa 18)**

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY o symbolu C3375 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 1 października 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Warta Auto-Szyby to ubezpieczenie obejmujące zorganizowanie i pokrycie kosztów naprawy lub wymiany uszkodzonych lub zniszczonych szyb pojazdu. Usługi naprawy lub wymiany realizowane są przez wyspecjalizowanego przedstawiciela Warty.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ koszty organizowanych przez Wartę usług naprawy lub wymiany:
- szyby czołowej,
- szyb bocznych lub
- szyby tylnej

zamontowanych w pojeździe wskazanym w umowie ubezpieczenia

✓ ubezpieczenie dotyczy pojazdów, nie starszych niż 20 lat, zarejestrowanych w Rzeczypospolitej Polskiej, następujących rodzajów:
- samochody osobowe
- samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony

✓ suma ubezpieczenia wynosi 4 000 zł i ulega pomniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §1, §3 i §8 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× naprawy lub wymiany szyb przy użyciu szyb oryginalnych dla danej marki pojazdu
× szyb niebędących szybą czołową, boczną, tylną, w szczególności okien dachowych oraz innych szklanych elementów samochodu (reflektorów, świateł, lusterek itp.)
× szyb posiadających wcześniejsze uszkodzenia
× uszkodzeń elementów wyposażenia pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane z nią na stałe, jak: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu, lusterka wsteczne i boczne
× szyb samochodów przeznaczonych do nauki jazdy lub wynajmowanych zarobkowo

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w §4 OWU.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Warta nie organizuje i nie pokrywa kosztów usług, jeżeli uszkodzenie lub zniszczenie szyby:
! spowodowane zostało umyślnie
! powstało podczas kierowania pojazdem, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu
! spowodowane zostało przez kierującego po użyciu alkoholu lub narkotyku, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody
! powstało podczas jazd wyścigowych, konkursowych, rajdowych oraz treningów do tych jazd
! związane jest z wadami fabrycznymi szyb lub wadą wykonania pojazdu bądź jego wadliwą naprawą

W przypadku wystąpienia drugiego i każdego następnego zdarzenia objętego ochroną, powodującego konieczność wymiany szyby czołowej Warta pokrywa 70% kosztów wymiany tej szyby, nie więcej jednak niż 70% aktualnej sumy ubezpieczenia.

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §4–5, §8–9 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ ubezpieczenie obejmuje ochroną zdarzenia zaistniałe wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- zawiadamianie Warty w czasie trwania umowy o zmianach ww. okoliczności
- opłacenie składki zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- w razie zaistnienia szkody niezwłoczne skontaktowanie się z Wartą, nie później niż przed upływem 72 godzin od zaistnienia lub stwierdzenia zdarzenia oraz postępowanie zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez przedstawiciela Warty
- przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu zdarzenia oraz starać się o złagodzenie skutków zdarzenia

Szczegółowe informacje na temat obowiązków Ubezpieczonego podane są w §5, §8–9 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym, w zależności od dostępności danej formy płatności w punkcie sprzedaży.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, zgodnie z ustaleniami w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności są określone w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie.
Ochrona ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta
- z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia
- z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu
- z dniem wyrejestrowania pojazdu
- z dniem rejestracji pojazdu za granicą Rzeczypospolitej Polskiej
- z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów
- w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu
- z dniem odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia w przypadkach określonych w OWU
- z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki
- z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia OC lub AC Warty, z którą zawarte zostało ubezpieczenie

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w §6 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można odstąpić, składając pisemne powiadomienie w terminie:
- 30 dni od dnia zawarcia umowy – osoby fizyczne
- 7 dni od dnia zawarcia umowy – przedsiębiorcy
- 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy – w przypadku umów zawieranych przez konsumentów za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. Internet, telefon)

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §6–7 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
WARTA AUTO-SZYBY

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 2, § 3 i § 10 ust. 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4, § 5 ust. 7, § 8 ust.6-8, § 9 ust. 3-6

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY, zwane dalej OWU WAS, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A., zwane dalej WARTA, z Ubezpieczającymi.
2. Na podstawie niniejszych OWU WAS, ubezpieczeniem mogą zostać objęte samochody osobowe oraz samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, w wieku do 20 lat, zarejestrowane na terenie Rzeczpospolitej Polskiej (RP).
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka przez WARTĘ, w umowie ubezpieczenia mogą być zastosowane postanowienia dodatkowe, inne niż określone w OWU WAS. Wprowadzenie takich postanowień wymaga zastosowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Słowniczek pojęć

§ 2

1. **Okres ubezpieczenia** – wskazany w dokumencie ubezpieczenia okres, na jaki WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej.
2. **Pojazd** – samochód, o którym mowa w § 1 ust. 2, wskazany w dokumencie ubezpieczenia.
3. **Przedstawiciel WARTY** – osoba prawna, z którą WARTA zawarła stosowne porozumienie i która świadczy w imieniu i na rzecz WARTY uprawnione usługi w zakresie likwidacji szkód z ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY.
4. **Ubezpieczający** – osoba lub podmiot zawierający z WARTĄ umowę ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY (Właściciel pojazdu zawierający umowę ubezpieczenia na własny rachunek albo inna osoba zawierająca umowę ubezpieczenia na rachunek Właściciela pojazdu).
5. **Ubezpieczony** – Właściciel pojazdu.
6. **Użytkownik** – osoba upoważniona do korzystania z pojazdu na podstawie umowy leasingu lub kredytu wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
7. **Wiek samochodu** – ustala się jako różnicę pomiędzy rokiem, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia a rokiem budowy/produkcji pojazdu.
8. **Wniosek o ubezpieczenie** – formularz WARTY albo inny dokument zawierający niezbędne dane dotyczące pojazdu, jego Właściciela/Użytkownika, Ubezpieczającego oraz inne informacje niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiący część umowy ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczenia przez WARTĘ usług assistance na rzecz Ubezpieczonego, za pośrednictwem CENTRUM OBSŁUGI KLIENTA zwanego dalej COK, na zasadach określonych w OWU WAS.
2. Świadczenie usług assistance obejmuje zorganizowanie i pokrycie przez WARTĘ kosztów naprawy lub wymiany szyby czołowej, szyb bocznych lub szyby tylnej zamontowanych w pojeździe wskazanym w umowie ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wszelkie zdarzenia, w wyniku których doszło do zniszczenia lub uszkodzenia szyb określonych w ust. 2 niezależnie od woli Ubezpieczonego lub osoby upoważnionej do korzystania z pojazdu z wyłączeniem szkód wymienionych w § 4.
4. WARTA ponosi odpowiedzialność za zdarzenia, które zaistniały wyłącznie na terytorium RP w okresie ubezpieczenia.
5. Z tytułu umowy ubezpieczenia WARTA organizuje i pokrywa koszty naprawy lub wymiany szyby/szyb u wskazanego przez WARTĘ przedstawiciela do wysokości faktycznie poniesionych kosztów z uwzględnieniem § 8 ust. 4-8.
6. Wymiana szyby dokonywana jest przy użyciu szyb fabrycznie nowych posiadających atesty, certyfikaty i homologacje regulowane przepisami prawa, o tych samych parametrach technicznych, co szyba podlegająca wymianie. Szyby te nie są szybami oryginalnymi danej marki pojazdu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 4

1. WARTA nie organizuje i nie pokrywa kosztów wymiany lub naprawy szyby w pojeździe, jeżeli uszkodzenie lub zniszczenie szyby:
   1) spowodowane zostało:
      a) umyślnie przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, a także osoby, z którymi Ubezpieczający, Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
      b) wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, chyba że zapłata świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   2) spowodowane zostało przez osoby wymienione w pkt 1) oraz osoby upoważnione do korzystania z pojazdu, kierujące pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomani albo podobnie działających leków, o ile miało to wpływ na powstanie szkody,
   3) gdy osoby wymienione w pkt 1) oraz osoby upoważnione do korzystania z pojazdu, kierujące pojazdem zbiegły z miejsca zdarzenia, pomimo prawnego obowiązku pozostania na miejscu zdarzenia,
   4) powstało podczas kierowania pojazdem, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a także powstało podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie szkody,
   5) powstało w pojeździe użytym jako narzędzie przestępstwa przez osoby wymienione w pkt 1) oraz osoby upoważnione do korzystania z pojazdu,
   6) związane jest z wadami fabrycznymi szyb (wady surowca lub defekty produkcyjne),
   7) związane jest z wadą wykonania pojazdu lub jego wadliwą naprawą, a także gdy powstało w związku z użytkowaniem pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub wskutek niewłaściwego załadowania i przewożenia ładunku, bagażu,
   8) powstało w związku z działaniami wojennymi, rozruchami i zamieszkami, powstało w wyniku użycia pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska i policji oraz w związku z czynnym uczestnictwem w akcjach protestacyjnych, blokadach dróg,
   9) powstało w wyniku kolizji elementów ubezpieczonego pojazdu,
   10) powstało podczas jazd wyścigowych, konkursowych, rajdowych oraz treningów do tych jazd, jak również podczas użycia pojazdu jako rekwizyt lub do jazd próbnych, tj. badań i prób pojazdów dokonywanych przez producentów lub upoważnione jednostki,
   11) powstało w pojazdach:
      a) pochodzących z kradzieży, rabunku lub innego przestępstwa,
      b) przeznaczonych do nauki jazdy,
      c) wynajmowanych zarobkowo,
   12) powstało w trakcie bądź wskutek konserwacji lub napraw ubezpieczonego pojazdu niezwiązanych z naprawą bądź wymianą szyby,
   13) powstało w pojeździe stanowiącym własność innej osoby niż wymieniona jako Właściciel w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ponadto z zakresu ochrony wyłączone są uszkodzenia i zniszczenia:
   1) szyb samochodu innych niż wymienione w § 3 ust. 2, w szczególności okien dachowych (szyberdachów, dachów panoramicznych) oraz innych szklanych lub wykonanych z innych , świateł, lusterek),
   2) szyb posiadających wcześniejsze uszkodzenia,
   3) nalepki kontrolnej,
   4) elementów związanych na stałe z szybą: uszczelki, listwy, ogrzewanie, chyba że ich uszkodzenie/zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem szyby lub ich wymiana wynika z technologii naprawy/wymiany szyby,
   5) elementów wyposażenia pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane na stałe z szybą, jak folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu, lusterka wsteczne i boczne.

Zawarcie umowy

§ 5

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, o ile nie umówiono się inaczej.
2. Umowa ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY zawierana jest z jednoczesnym zawarciem umowy ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów (OC) lub autocasco (AC) w WARCIE.

3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie. Ubezpieczający zobowiązany jest podać wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA pytała we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Informacje te mogą być podane przez Ubezpieczającego WARCIE za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności telefonu lub Internetu. W razie zawarcia przez WARTĘ umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać WARTĘ, na piśmie w czasie trwania umowy, o zmianach okoliczności określonych w ust. 3, niezwłocznie po uzyskaniu o nich wiadomości.
5. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 3 i 4 spoczywają odpowiednio na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
6. Na jeden pojazd, w określonym czasie, może być zawarta w WARCIE tylko jedna umowa ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY.
7. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 3, 4 i 5 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 3, 4 i 5 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie powodujące szkodę i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
8. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie w przypadku, gdy w dniu zawierania umowy ubezpieczenia pojazd posiada wszystkie podlegające ubezpieczeniu szyby, nie są one zniszczone i nie posiadają żadnych widocznych uszkodzeń.
9. W przypadku składania wniosku o ubezpieczenie za pośrednictwem Internetu, regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną udostępniany jest w serwisie internetowym WARTY.
10. Zawarcie umowy ubezpieczenia WARTA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności WARTY
§ 6

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. W przypadku, gdy WARTA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłacenia składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypada niezapłacona składka.
3. W przypadku opłacania składki w ratach i nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, jako termin zapłacenia składki, w przypadku jej opłacania przelewem bankowym bądź przekazem pocztowym, przyjmuje się datę dokonania wpłaty, tj. odpowiednio datę potwierdzenia przez bank przyjęcia do realizacji polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.
5. Odpowiedzialność WARTY ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
   1) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta,
   2) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia,
   3) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu,
   4) z dniem wyrejestrowania pojazdu,
   5) z dniem rejestracji pojazdu za granicą RP,
   6) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów,
   7) w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu, chyba że WARTA wyrazi zgodę na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu z zastrzeżeniem ust. 6,
   8) z dniem odstąpienia od umowy zgodnie z § 7 ust. 1 lub wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach określonych w ust. 2 i § 7 ust. 3,
   9) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki zgodnie z ust. 3,
   10) z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia OC lub AC, z którą zawarte zostało ubezpieczenie WARTA AUTO-SZYBY.
6. Zgoda WARTY, o której mowa w ust. 5 pkt 7) nie jest wymagana w przypadku, gdy prawo własności pojazdu przechodzi na jego dotychczasowego Użytkownika, pod warunkiem, że w dotychczasowej umowie ubezpieczenia był on Ubezpieczającym.
7. W przypadkach rozwiązania umowy, o których mowa w ust. 5 pkt 2) – raty składki, których terminy płatności przypadają po dniu zapłaty świadczenia stają się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia
§ 7

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
   1) w terminie 7 dni w przypadku przedsiębiorców i 30 dni w przypadku osób niebędących przedsiębiorcami, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy,
   2) w przypadku umów zawartych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość przez Ubezpieczającego będącego konsumentem, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Odstąpienie od umowy zgodnie z ust. 1 pkt 1), jak i odstąpienie od umowy zawartej na podstawie zgody na rozpoczęcie świadczenia ochrony przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Składka i sumy ubezpieczenia
§ 8

1. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności WARTY według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Składka opłacana jest jednorazowo. Na wniosek Ubezpieczającego płatność składki może być rozłożona na raty.
2. Składka za ubezpieczenie zależy od rodzaju, wieku, marki, modelu, pojemności i mocy silnika, sposobu użytkowania pojazdu oraz miejsca zamieszkania/siedziby, przebiegu ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego/Użytkownika, a także zawarcia umowy OC lub AC obejmującej ochroną dany pojazd oraz jednorazowej lub ratalnej płatności składki
3. Opłacając składkę w ratach terminy płatności poszczególnych rat określa się dzieląc okres ubezpieczenia na równe części, których liczba tożsama jest z liczbą rat. Terminy płatności składki lub jej rat oraz ich wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY dla wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia i wynosi 4.000 zł brutto (z VAT) z zastrzeżeniem ust. 8. W granicach sumy ubezpieczenia WARTA zwraca również koszty, o których mowa w § 10 ust. 5 i 6.
5. Suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o każdą kwotę zapłaconą przez WARTĘ na pokrycie kosztu wymiany lub naprawy szyby w ubezpieczonym pojeździe bez możliwości doubezpieczenia.
6. Jeżeli ustalony przez przedstawiciela WARTY koszt wymiany lub naprawy szyby/szyb ubezpieczonego pojazdu przekracza sumę ubezpieczenia, warunkiem wykonania usługi jest pokrycie przez Ubezpieczonego różnicy między rzeczywistymi kosztami naprawy lub wymiany szyby/szyb ustalonymi przez przedstawiciela WARTY a kwotą, do której WARTA ponosi odpowiedzialność, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
7. W przypadku, gdy kwota, do której WARTA ponosi odpowiedzialność nie wystarcza na pokrycie w całości kosztów wymiany lub naprawy szyby/szyb ubezpieczonego pojazdu, a Ubezpieczony nie wyraża zgody na pokrycie różnicy, o której mowa w ust. 6, wówczas WARTA wypłaca Ubezpieczonemu kwotę, do której WARTA ponosi odpowiedzialność, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku wystąpienia drugiego i każdego następnego zdarzenia objętego ochroną powodującego konieczność wymiany szyby czołowej, WARTA pokrywa koszty usług assistance w wysokości 70% faktycznych kosztów wymiany, przy czym gdy faktyczne koszty wymiany szyby czołowej są wyższe niż suma ubezpieczenia aktualna na dzień powstania szkody, WARTA pokryje koszty w wysokości 70% aktualnej sumy ubezpieczenia.

Obowiązki w razie powstania zdarzenia objętego ubezpieczeniem
§ 9

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba upoważniona do korzystania z pojazdu zobowiązani są:
   1) niezwłocznie, nie później niż przed upływem 72 godzin od zaistnienia lub stwierdzenia zdarzenia, skontaktować się z COK, którego numer telefonu oraz adres strony internetowej znajduje się w dokumencie ubezpieczenia,
   2) podać informacje potrzebne do ustalenia zakresu odpowiedzialności WARTY, a w szczególności:
      a) swoje nazwisko i adres zamieszkania,
      b) nazwisko i adres Ubezpieczonego,
      c) markę, model i typ pojazdu oraz jego numer rejestracyjny,
      d) numer i okres ważności umowy ubezpieczenia WARTA AUTO-SZYBY,
      e) numer telefonu, pod którym COK może się skontaktować z Ubezpieczonym lub jego przedstawicielem,
      f) opis zdarzenia objętego ubezpieczeniem WARTA AUTO-SZYBY,
   3) postępować zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez pracownika COK,
   4) przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu zdarzenia oraz starać się o złagodzenie skutków zdarzenia ,
   5) nie podejmować naprawy lub wymiany szyby w pojeździe we własnym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 4,
   6) w razie zderzenia z innym pojazdem odnotować dane pojazdu, osoby kierującej tym pojazdem, a także numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres zakładu ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC – dotyczy to wszystkich uczestników zdarzenia,
   7) w razie szkody spowodowanej przez zwierzęta domowe lub hodowlane ustalić, w miarę możliwości, dane właściciela i ewentualnego jego zakładu ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej rolników lub dobrowolnego indywidualnego.
2. Ubezpieczony (lub osoba przez niego upoważniona) zgłaszający szkodę zobowiązany jest:
   1) udostępnić dokumenty wymagane przez WARTĘ niezbędne do ustalenie odpowiedzialności WARTY, okoliczności zdarzenia oraz wysokości kosztów usług ,
   2) współpracować z WARTĄ w celu ustalenia wszystkich okoliczności zdarzenia i wysokości kosztów,
   3) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za zniszczenie lub uszkodzenie szyby.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do wykonania naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb w warsztacie przedstawiciela WARTY, z zastrzeżeniem § 10 ust. 5 i § 11 ust. 2.
4. W przypadku wykonania naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb w warsztacie innym niż warsztat przedstawiciela WARTY, Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć do WARTY rachunek lub fakturę za wykonaną usługę. Maksymalna wysokość zwracanych przez WARTĘ kosztów usługi zostanie ograniczona do wysokości kosztów naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb, tak jakby była ona wykonana w warsztacie przedstawiciela WARTY, z zastrzeżeniem § 8 ust. 4-8.
5. W razie niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), WARTA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie , jeżeli niedopełnienie to przyczyniło się do zwiększenia rozmiarów szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. W przypadku niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku o którym mowa w ust. 1 pkt 4) WARTA wolna jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
6. W razie niedopełnienia któregokolwiek z pozostałych obowiązków, o których mowa w ust. 1-2 i 4, WARTA może odmówić realizacji świadczenia lub je odpowiednio zmniejszyć, o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia, bądź ustalenie lub zwiększenie rozmiarów szkody.

Obowiązki WARTY w razie powstania zdarzenia objętego ubezpieczeniem
§ 10

1. WARTA zobowiązana jest do pokrycia kosztów naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb na nową/nowe do wysokości kosztów wykonania usługi przeprowadzonej przez przedstawiciela WARTY, z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 4-8.
2. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia szyby/szyb, które objęte są ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych OWU WAS, świadczenia WARTY polegają na pokryciu kosztów:
   1) naprawy uszkodzonej szyby/szyb, o ile jest to możliwe w ocenie przedstawiciela WARTY,
   2) wymiany szyby/szyb zniszczonej lub uszkodzonej w stopniu uniemożliwiającym naprawę na nową/nowe.
3. O technicznej możliwości naprawy lub konieczności wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby na nową/nowe oraz o rodzaju szyby, która zostanie użyta do wymiany każdorazowo decyduje przedstawiciel WARTY.
4. W przypadku, gdy spełnienie świadczenia przez WARTĘ polega na organizacji i pokryciu kosztów wymiany szyby/szyb, WARTA zobowiązana jest do pokrycia kosztów zakupu i wymiany szyby/szyb właściwej dla danego modelu samochodu o parametrach użytkowych analogicznych do szyby/ szyb podlegających wymianie.
5. W szczególnych przypadkach, jeżeli pojazd nie może bezpiecznie kontynuować jazdy do przedstawiciela WARTY, a usługa wymiany lub naprawy szyby może być wykonana w miejscu postoju pojazdu, istnieje możliwość wykonania usługi w miejscu postoju pojazdu w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym. Decyzję o zasadności i możliwości wykonania usługi w miejscu postoju pojazdu podejmuje przedstawiciel WARTY.
6. Niezależnie od usług, określonych w § 3 ust. 2 w przypadku, gdy dokonanie naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb przez przedstawiciela WARTY nie będzie możliwe w ciągu 24 godzin od zgłoszenia zdarzenia, WARTA zwróci poniesione koszty parkowania uszkodzonego pojazdu w miejscu strzeżonym nie dłużej jednak niż 48 godzin i do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, jednak nie więcej niż do kwoty 500 zł brutto (z VAT). Decyzja o braku możliwości wykonania świadczenia i zasadności skorzystania z miejsca strzeżonego musi zostać podjęta przez przedstawiciela WARTY. WARTA nie zwraca ww. kosztów bez uprzedniego uzgodnienia konieczności usługi parkowania z przedstawicielem WARTY.

Ustalenie kosztów usług
§ 11

1. Wysokość kosztu wymiany lub naprawy szyby z zastrzeżeniem § 8 ust. 4-8 wyliczana jest w oparciu o wycenę kosztów naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb na nową/nowe sporządzaną w oparciu o obowiązujące u przedstawiciela WARTY w dniu sporządzania wyceny cenniki usług detalicznych oraz szyb, przez:
   1) przedstawiciela WARTY – w przypadku, gdy naprawa lub wymiana uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb na nową/nowe będzie miała miejsce u przedstawiciela WARTY,
   2) WARTĘ – w przypadku, gdy naprawa lub wymiana szyby/szyb na nową/nowe będzie miała miejsce w warsztacie nie należącym do przedstawiciela WARTY.
2. W przypadku, gdy u przedstawiciela WARTY nie jest możliwe wykonanie wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb na nową/nowe w terminie 7 dni roboczych od dnia zlecenia wymiany szyby, wówczas wysokość kosztu usługi wyliczana jest w oparciu o wartość faktury brutto (z VAT) poświadczającej dokonanie wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb w dowolnym warsztacie. Górną granicą ustalonych w ten sposób kosztów jest sugerowana przez producenta lub importera szyb cena danego modelu szyby, powiększona o koszt wymiany szyby z zastrzeżeniem § 8 ust. 4-8.

3. Pokrycie przez WARTĘ kosztów usług assistance realizowane jest w złotych :
   1) bezpośrednio na rzecz przedstawiciela WARTY na zasadach określonych w porozumieniu z przedstawicielem WARTY – w przypadku, gdy naprawa lub wymiana uszkodzonej lub zniszczonej szyby/szyb na nową/nowe miała miejsce w warsztacie przedstawiciela WARTY,
   2) na rzecz Ubezpieczonego bądź osoby przez niego upoważnionej, w przypadku gdy naprawa szyby/ szyb lub wymiana na nową/nowe miała miejsce w warsztacie nienależącym do przedstawiciela WARTY. W takim przypadku wysokość wypłaconego świadczenia zostanie ustalona zgodnie z ust. 1 i 2 oraz z uwzględnieniem postanowień §9 ust. 4.
4. WARTA jest zobowiązana zwrócić poniesione koszty naprawy, o których mowa w ust. 3 pkt 2) w terminie 30 dni licząc od dnia zgłoszenia zdarzenia do WARTY.

Zwrot składki
§12

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczającemu bądź osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku, gdy nastąpiło wyczerpanie sumy ubezpieczenia, w związku z całkowitym spełnieniem świadczenia i wykorzystaniem ochrony ubezpieczeniowej.

Regres ubezpieczeniowy
§13

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem realizacji świadczenia roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na WARTĘ do wysokości kosztów poniesionych w związku z organizacją i wykonaniem usług assistance. Na WARTĘ przechodzą również roszczenia Ubezpieczonego w stosunku do osób upoważnionych do korzystania z pojazdu w przypadku gdy szkoda została spowodowana umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa.
2. Nie przechodzą na WARTĘ roszczenia Ubezpieczonego przeciwko:
   1) osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym,
   2) osobom upoważnionym do korzystania z pojazdu, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrzekł się roszczenia o świadczenie od osoby trzeciej, która jest sprawcą szkody lub je ograniczył, WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po realizacji świadczenia, wówczas WARCIE przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.

Postanowienia końcowe
§14

1. 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 lub osoby uprawnionej.
2. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
3. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
4. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. W przypadku umów zawieranych przez Internet skargę można złożyć dodatkowo za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) – adres: https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=PL.

§15

1. Do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU WAS stosuje się prawo polskie.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU WAS mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§16

Niniejsze OWU WAS w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 października 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu

Jarosław NIEMIROWSKI

Prezes Zarządu

Jarosław PARKOT

Ubezpieczenie komunikacyjne

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: WARTA MOTO-ASSISTANCE (Dział II, Grupa 18)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia WARTA MOTO-ASSISTANCE o symbolu C4717 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 16 września 2019 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Warta Moto-Assistance (WMA) to ubezpieczenie zapewniające określoną pomoc w razie awarii, wypadku, kradzieży oraz innych zdarzeń losowych związanych z ubezpieczonym pojazdem, np. holowanie pojazdu, samochód zastępczy, próbę usprawnienia pojazdu. Zakres oferowanej pomocy zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty organizowanych przez Wartę usług assistance, na zasadach określonych w OWU. Ochroną objęte są zdarzenia dotyczące określonego w polisie pojazdu. Możliwe jest ubezpieczenie pojazdów o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, następujących rodzajów:

- ✓ samochody osobowe i ciężarowe
- ✓ samochody specjalne kempingowe
- ✓ przyczepy specjalne kempingowe (bez świadczenia samochodu zastępczego)
- ✓ przyczepy lekkie (bez świadczenia samochodu zastępczego)
- ✓ motocykle

Umowę WMA można zawrzeć w jednym z czterech wariantów rocznych: Standard, Złoty, Złoty+ i Platynowy lub w wariancie krótkoterminowym – Podróżnik 15.
Suma ubezpieczenia zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia i wynosi maksymalnie 50 000 zł.

Usługi assistance dostępne dla poszczególnych wariantów WMA dotyczyć mogą następujących rodzajów świadczeń:

- ✓ usprawnienie pojazdu na miejscu
- ✓ holowanie unieruchomionego pojazdu:
  - w wariancie minimalnym (Standard): **do 100 km** dla wypadków zaistniałych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
  - w wariancie maksymalnym (Platynowy): **bez limitu km** dla zdarzeń powstałych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, **do 1 500 km** dla zdarzeń, które powstały poza granicą Rzeczypospolitej Polskiej
- ✓ wynajem samochodu zastępczego
- ✓ pomoc informacyjna
- ✓ pomoc w podróży, np.:
  - zakwaterowanie w hotelu
  - organizacja i pokrycie kosztów kontynuacji podróży
- ✓ pomoc medyczna
- ✓ inne usługi pomocowe, np.:
  - infolinia pomocy prawnej
  - organizacja usługi wymiany opon

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §3–10 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- × w wariancie Platynowym samochodów, których wiek przekracza 10 lat
- × kosztów naprawy, konserwacji i eksploatacji ubezpieczonego pojazdu, kosztów paliwa i części zamiennych (w tym kosztów zakupienia i/lub dorobienia kluczyków oraz zakupu akumulatora, kół albo opon), a także kosztów ekspertyzy technicznej
- × kosztów opłat celnych, mandatów, opłat drogowych (np. za autostrady, promy), dodatkowych kosztów transportu ładunku pojazdu, dodatkowych ubezpieczeń, jak również kosztów wyżywienia kierowcy i pasażerów
- × usług assistance, dla których wymagany jest warunek unieruchomienia pojazdu zgodnie z OWU, a nie został on spełniony

Szczegółowe informacje o zakresie nieobjętym ochroną znajdują się w §11 OWU.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Warta nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniona ze zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z zajściem zdarzenia objętego ochroną assistance, gdy działał on bez uprzedniego porozumienia z Wartą lub nie zgłosił zdarzenia w wymaganym terminie.

Warta nie odpowiada też m.in. za zdarzenia:

- ! spowodowane umyślnie
- ! spowodowane przez kierowcę będącego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków ograniczających zdolność do kierowania pojazdami mechanicznymi albo przez kierowcę nieposiadającego uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na powstanie zdarzenia
- ! powstałe podczas jazd wyścigowych, konkursowych, rajdowych oraz treningów do tych jazd, jak również podczas użycia pojazdu jako rekwizytu lub do nauki jazdy lub do jazd próbnych
- ! powstałe podczas kierowania pojazdem, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu albo nie posiadał ważnego badania technicznego, o ile stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie szkody

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy realizacji świadczeń objętych ochroną lub ich zmniejszenia opisane są w §11 i §18 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ w wariancie Standard ochrona dotyczy zdarzeń zaistniałych tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
✓ w pozostałych wariantach pomoc assistance realizowana jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz pozostałych krajów europejskich (Rosja i Turcja w europejskich częściach ich terytoriów), a także Maroka, Tunezji i Izraela; zdarzenia powstałe na terytorium Gruzji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do obowiązków Ubezpieczonego/Ubezpieczającego należy:
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- zawiadamianie Warty na piśmie w czasie trwania umowy o zmianach ww. okoliczności
- opłacenie składki zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- zgłoszenie zdarzenia poprzez kontakt z Centrum Obsługi Klienta Warty niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od zaistnienia zdarzenia, chyba że OWU przewidują dla określonych świadczeń inny termin
- przekazanie wszystkich niezbędnych informacji zgodnie z wymogami OWU
- postępowanie zgodnie z dyspozycjami Centrum Obsługi Klienta Warty

Szczegółowe informacje na temat obowiązków podane są w §6 i §18 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna gotówką, kartą płatniczą lub przelewem bankowym, w zależności od dostępności danej formy płatności w punkcie sprzedaży. Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, zgodnie z ustaleniami w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności są określone w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia, od dnia uzgodnionego i wskazanego w polisie.
Ochrona ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta
- z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej dla danego wariantu
- z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu
- z dniem wyrejestrowania pojazdu
- z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów
- w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu
- z dniem odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia w przypadkach określonych w OWU
- z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki
- z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia OC WARTA lub AC WARTA, z którą zawarte zostało ubezpieczenie WMA

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w §15 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można odstąpić, składając pisemne powiadomienie w terminie:
- 30 dni od dnia zawarcia umowy – osoby fizyczne
- 7 dni od dnia zawarcia umowy – przedsiębiorcy
- 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy – w przypadku umów zawieranych przez konsumentów za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. Internet, telefon)

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §16 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
WARTA MOTO-ASSISTANCE

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3, § 4, § 14
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 6-7, § 4 ust. 2-4, § 6 ust. 7 i 12, § 11, § 12, § 18 ust. 2

Postanowienia ogólne
§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia WARTA MOTO-ASSISTANCE, zwane dalej OWU WMA, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A., zwane dalej WARTA, z Ubezpieczającymi.

Słowniczek pojęć
§ 2

1. **Awaria pojazdu** – każdy przypadek losowy, wynikający z przyczyn wewnętrznych ubezpieczonego pojazdu, powodujących unieruchomienie tego pojazdu za wyjątkiem sytuacji określonych jako **Inne zdarzenie**.
2. **Inne zdarzenie** – niemożność korzystania z ubezpieczonego pojazdu z powodu:
   1) zatrzaśnięcia wewnątrz ubezpieczonego pojazdu klucza lub innego urządzenia służącego do otwarcia tego pojazdu,
   2) utraty lub zniszczenia klucza lub innego urządzenia służącego do otwarcia ubezpieczonego pojazdu lub uruchomienia silnika,
   3) użycia niewłaściwego paliwa, jego braku lub zamarznięcia,
   4) rozładowania akumulatora,
   5) przepalenia żarówki,
   6) braku powietrza w oponie/oponach.
3. **Kradzież pojazdu** – działanie sprawcy o znamionach określonych w polskim Kodeksie karnym, które doprowadziło do zaboru ubezpieczonego pojazdu, zabezpieczonego przed kradzieżą poprzez zamknięcie zamków fabrycznych, a także utrata ubezpieczonego pojazdu wskutek rozboju.
4. **Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego** – adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) miejsca zamieszkania osoby lub siedziby firmy objętej umową WMA, wskazany przez osobę kierującą ubezpieczonym pojazdem (kierowcę). W przypadku świadczeń pomocy medycznej jest to także adres innego niż kierowca Ubezpieczonego, któremu należą się świadczenia pomocy medycznej.
5. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w związku z ruchem ubezpieczonego pojazdu (tj. gdy porusza się on wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności), wsiadaniem i wysiadaniem z tego pojazdu, a także jego załadowywaniem i rozładowywaniem, w następstwie których Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
6. **Ubezpieczony** – uczestniczący w zdarzeniu objętym umową WMA kierowca i osoby będące pasażerami ubezpieczonego pojazdu, których liczba w chwili zdarzenia nie jest większa niż liczba miejsc określonych w dowodzie rejestracyjnym tego pojazdu; w zakresie usługi **Samochód zastępczy** – posiadacz ubezpieczonego pojazdu lub upoważniony przez niego kierowca, posiadający uprawnienia do kierowania samochodem osobowym.
7. **Ubezpieczony pojazd** – pojazd dopuszczony do ruchu, spełniający warunki § 3 ust. 7, wymieniony w dokumencie ubezpieczenia WARTA MOTO-ASSISTANCE.
8. **Umowa WMA** – umowa ubezpieczenia WARTA MOTO-ASSISTANCE.
9. **Unieruchomienie pojazdu** – brak możliwości poruszania się ubezpieczonym pojazdem, który był dopuszczony do ruchu, ale z powodu stanu technicznego, w jakim się znalazł na skutek Wypadku, Awarii lub Innego zdarzenia nie może być aktualnie użytkowany zgodnie z postanowieniami art. 66 ustawy Prawo o ruchu drogowym.
10. **Warsztat naprawczy** – uzgodniony z Ubezpieczonym warsztat prowadzący działalność gospodarczą w zakresie napraw i konserwacji pojazdów, w którym możliwe jest wykonanie naprawy pojazdu.
11. **Warsztat partnerski** – warsztat naprawczy na terenie RP posiadający umowę o współpracy z WARTĄ.
12. **Wypadek** – zdarzenie, powodujące unieruchomienie pojazdu i polegające na:
    1) nagłym działaniu siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami, jak również wpadnięciu do wody,
    2) działaniu osób trzecich (m.in. kradzieży elementów ubezpieczonego pojazdu, akcie wandalizmu lub włamaniu) lub działaniu zwierząt (m.in. przegryzieniu przewodów przez zwierzęta),
    3) pożarze lub wybuchu pochodzącym z wewnątrz lub z zewnątrz pojazdu.

    Wypadek nie obejmuje sytuacji opisanych jako **Inne zdarzenie** albo **Awaria pojazdu**. Dodatkowo w przypadkach opisanych w Tabeli nr 1 usługa **Samochód zastępczy** może być świadczona, również gdy na skutek Wypadku nie doszło do unieruchomienia pojazdu.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej
§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty usług assistance świadczonych za pośrednictwem CENTRUM OBSŁUGI KLIENTA zwane dalej COK, na rzecz Ubezpieczonego, na zasadach określonych w OWU WMA.
2. Świadczenie usług assistance obejmuje zorganizowanie albo zorganizowanie i pokrycie przez WARTĘ kosztów usług, których zakres jest uzależniony od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu: **Standard**, **Złoty**, **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15**.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa zdarzeń, które zaistniały w okresie ubezpieczenia, zdefiniowanych w niniejszych OWU jako: **Wypadek**, **Kradzież pojazdu**, **Awaria pojazdu**, **Inne zdarzenie**, a także **Nieszczęśliwy wypadek** w zakresie Pomocy medycznej. Usługi pomocowe świadczone są w okresie ubezpieczenia niezależnie od wystąpienia zdarzenia.
4. W wariancie **Standard** pomoc dotyczy wyłącznie **Wypadków** zaistniałych na terytorium RP i jest realizowana tylko na terytorium RP.
5. W wariantach **Złoty**, **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15** usługi assistance przysługują dla zdarzeń powstałych:
   1) na terytorium RP – wówczas pomoc świadczona jest wyłącznie na terytorium RP,
   2) poza RP – na terenie pozostałych krajów europejskich (z wyłączeniem Gruzji), w europejskich częściach terytoriów Rosji i Turcji, a także Maroka, Tunezji i Izraela.
6. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną WARTA zapewnia pomoc odpowiednio do wykupionego wariantu ubezpieczenia, w zakresie określonym w **§ 4** i **Tabeli nr 1**, z uwzględnieniem okresu ubezpieczenia, rodzaju zdarzenia, sumy ubezpieczenia i limitów, a także warunków korzystania z samochodu zastępczego.
7. Umową WMA mogą zostać objęte wyłącznie pojazdy o dopuszczalnej masie całkowitej (dmc) nie większej niż 3,5 t, zarejestrowane jako samochód osobowy, samochód ciężarowy, samochód specjalny kempingowy, przyczepa specjalna kempingowa, przyczepa lekka, motocykl, z tym że:
   1) w wariancie **Podróżnik 15** ochrona nie obejmuje samochodów ciężarowych o ładowności powyżej 800kg,
   2) w wariancie **Platynowym** ochroną mogą być objęte samochody osobowe oraz ciężarowe o dmc do 3,5 t i ładowności do 800 kg. Wariant Platynowy dostępny jest tylko dla samochodów, których wiek (liczony jako różnica pomiędzy rokiem, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia a rokiem budowy/produkcji pojazdu) nie przekracza 10 lat, chyba że umówiono się inaczej.

Zakres usług assistance

§ 4

1. W zależności od wykupionego wariantu ubezpieczenia usługi assistance realizowane są w następującym zakresie:

Tabela nr 1

	Zakres usług	Wariant				
		PODRÓŻNIK 15	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Zdarzenia	Okres ochrony	15 dni	12 miesięcy	12 miesięcy	12 miesięcy	12 miesięcy
	Suma ubezpieczenia	10 000 zł	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł	50 000 zł
	Zakres terytorialny	RP i poza RP	RP	RP i poza RP	RP i poza RP	RP i poza RP

POMOC SERWISOWA:			**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Wypadek	**HOLOWANIE ubezpieczonego pojazdu** dla zdarzeń powstałych:	na terenie RP	**do 400 km**	**do 100 km**	**do 200 km**	**bez limtu km**	**bez limitu km**
		poza RP	**do 400 km**	NIE	**do 200 km**	**do 400 km**	**do 1500 km**
	Próba usprawnienia pojazdu		TAK	NIE	TAK	TAK	TAK
	Złomowanie pojazdu						
	Organizacja parkingu		do 3 dób		do 2 dób	do 3 dób	do 3 dób
Awaria / Inne zdarzenia	**HOLOWANIE ubezpieczonego pojazdu** dla zdarzeń powstałych:	na terenie RP	**do 400 km**	NIE	**do 200 km**	**bez limtu km**	**bez limitu km**
		poza RP	**do 400 km**		**do 200 km**	**do 400 km**	**do 1500 km**
	Próba usprawnienia pojazdu		TAK	NIE	TAK	TAK	TAK
	Złomowanie pojazdu						
	Organizacja parkingu		do 3 dób		do 2 dób	do 3 dób	do 3 dób
Wypadek	HOLOWANIE innego pojazdu dla zdarzeń powstałych na terenie RP		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

SAMOCHÓD ZASTĘPCZY:		**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Wypadek	Gdy naprawa w warsztacie partnerskim	**do 10 dni**	NIE	**do 5 dni**	**do 10 dni**	**do 30 dni**
	Gdy naprawa w warsztacie					**do 15 dni**
Wypadek bez unieruchomienia	Gdy naprawa w warsztacie partnerskim	NIE	NIE	NIE	**do 5 dni**	**do 10 dni**
	Gdy naprawa w warsztacie				NIE	**do 3 dni**
Kradzież pojazdu		**do 10 dni**	NIE	**do 5 dni**	**do 10 dni**	**do 15 dni**
Awaria		**do 5 dni**	NIE	NIE	**do 5 dni**	**do 5 dni**
Wypadek / Awaria / Kradzież pojazdu	Klasa samochodu: porównywalna z klasą ubezpieczonego pojazdu, nie wyższa niż:	C	NIE	C	C	D
	Podstawienie / odbiór samochodu zastępczego	podstawienie **albo** odbiór	NIE	podstawienie **albo** odbiór	podstawienie **oraz** odbiór	podstawienie **oraz** odbiór

POMOC W PODRÓŻY:			**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Wypadek / Awaria / Kradzież pojazdu	Kontynuacja podróży albo powrót do miejsca zamieszkania		do bliższego miejsca	NIE	do bliższego miejsca	do bliższego miejsca	do wskazanego miejsca
	Przewóz Ubezpieczonych do miejsca holowania		TAK	NIE	TAK	TAK	TAK
	Odbiór pojazdu po naprawie / odzyskanego po kradzieży						
	Zakwaterowanie	standard hotelu	** / ***	NIE	NIE	** / ***	** / *** / ****
		na okres	**do 2 dób**			**do 2 dób**	**do 5 dób**
Inne zdarzenia	Kontynuacja podróży albo powrót do miejsca zamieszkania		do bliższego miejsca	NIE	do bliższego miejsca	do bliższego miejsca	do wskazanego miejsca
	Przewóz Ubezpieczonych do miejsca holowania		TAK	NIE	TAK	TAK	TAK
	Odbiór pojazdu po naprawie		NIE	NIE	NIE	NIE	
	Zakwaterowanie	standard hotelu	NIE	NIE	NIE	NIE	** / *** / ****
		na okres					**do 5 dób**

POMOC INFORMACYJNA:		**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Wypadek	Informacja serwisowa	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
	Przekazanie wiadomości					
	Pomoc tłumacza		NIE			
Awaria / Kradzież pojazdu / Inne zdarzenia	Informacja serwisowa	TAK	NIE	TAK	TAK	TAK
	Przekazanie wiadomości					
	Pomoc tłumacza					

POMOC MEDYCZNA	**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Nieszczęśliwy wypadek	TAK	NIE	NIE	TAK	TAK

USŁUGI POMOCOWE	**PODRÓŻNIK 15**	**STANDARD**	**ZŁOTY**	**ZŁOTY+**	**PLATYNOWY**
Bez warunku wystąpienia zdarzenia	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK

2. W przypadku zdarzenia zdefiniowanego jako:
   a) **Inne zdarzenie**, WARTA zorganizuje i pokryje koszty świadczeń dla **maksymalnie trzech** takich zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
   b) **Awaria** pojazdu, WARTA zorganizuje i pokryje koszty świadczenia Samochód zastępczy w ramach wariantu **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15** dla **maksymalnie dwóch** takich zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
   c) **Wypadek**, gdy nie został spełniony warunek unieruchomienia pojazdu, WARTA zorganizuje i pokryje koszty świadczenia Samochód zastępczy w ramach wariantu **Złoty+** oraz **Platynowy** dla **maksymalnie trzech** takich zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia.
3. Dla wariantu **Złoty** w przypadku **Awarii** pojazdu oraz **Innego zdarzenia** wszelkie świadczenia, poza świadczeniami w zakresie pomocy informacyjnej, realizowane są, gdy odległość miejsca zdarzenia od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego jest większa niż **25 km**.
4. Usługa **Samochód zastępczy** nie przysługuje w razie ubezpieczenia pojazdów zarejestrowanych jako przyczepa lekka lub przyczepa specjalna kempingowa.

Pomoc serwisowa
§ 5

1. Z uwzględnieniem zapisów § 4 zobowiązania WARTY z tytułu umowy WMA w zakresie pomocy serwisowej polegają na świadczeniu następujących usług:
   1) **próba usprawnienia pojazdu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów próby naprawy ubezpieczonego unieruchomionego pojazdu w miejscu zatrzymania, bez konieczności dalszego holowania. O tym czy próba naprawy będzie podjęta decyduje COK. W przypadku zakończenia powodzeniem próby usprawnienia pojazdu inne świadczenia nie przysługują;
   2) **holowanie ubezpieczonego pojazdu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego holowania pojazdu w wybrane przez Ubezpieczonego miejsce, w granicach określonego w Tabeli nr 1 limitu kilometrów, w przypadku gdy próba usprawnienia pojazdu była nieskuteczna. Koszty holowania powyżej tego limitu, jak również koszty ewentualnej przeprawy promowej ponosi Ubezpieczony. Usługa obejmuje holowanie przyczepy (w tym również przyczepy, nieobjętej umową WMA), złączonej w chwili zdarzenia z pojazdem objętym ubezpieczeniem, gdy nie może ona kontynuować jazdy na skutek
      a) Wypadku, Awarii, Innego zdarzenia, Kradzieży ubezpieczonego pojazdu albo
      b) Awarii, Wypadku tej przyczepy.
      Usługa nie dotyczy przewożonego przez przyczepę ładunku, chyba że COK potwierdzi możliwość transportu przyczepy wraz z ładunkiem;
   3) **holowanie innego pojazdu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów holowania na terytorium RP pojazdu innego niż ubezpieczony pojazd, gdy spełnione są wszystkie poniższe warunki:
      a) pojazd inny niż ubezpieczony unieruchomiony został na skutek wypadku na terenie RP, za który odpowiedzialność ponosi kierujący pojazdem objętym umową WMA,
      b) gdy Ubezpieczony na podstawie umowy WMA objęty jest jednocześnie ochroną w ramach obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych zawartego w WARCIE,
      c) dopuszczalna masa całkowita innego pojazdu nie przekracza 3,5 t;
   4) **organizacja parkingu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów parkowania na parkingu strzeżonym ubezpieczonego pojazdu, który uległ unieruchomieniu. Parkowanie pojazdu przysługuje do chwili, kiedy możliwe będzie holowanie pojazdu do warsztatu, jednak na okres nie dłuższy niż określony w Tabeli nr 1. Dodatkowo Ubezpieczonemu przysługuje zorganizowanie i pokrycie kosztów holowania pojazdu do warsztatu. Usługa organizacja parkingu dotyczy także nieubezpieczonej w ramach WMA przyczepy złączonej z pojazdem;
   5) **złomowanie pojazdu** – holowanie do miejsca złomowania oraz zorganizowanie i pokrycie kosztów złomowania ubezpieczonego pojazdu w kraju, w którym doszło do zdarzenia objętego ochroną z udziałem tego pojazdu. Usługa jest realizowana na pisemny wniosek właściciela pojazdu.

Samochód zastępczy
§ 6

1. W wariantach **Złoty**, **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15** WARTA organizuje i pokrywa koszty wynajęcia **samochodu zastępczego** na terytorium RP lub innego kraju poza RP, na terytorium którego doszło do objętego ochroną ubezpieczeniową zdarzenia.
2. Samochód zastępczy przysługuje w zależności od wariantu ubezpieczenia w razie: **Wypadku**, **Awarii** pojazdu i **Kradzieży** i może być udostępniony nie później niż 60 dnia od zdarzenia.
3. Ubezpieczonemu udostępniany jest samochód osobowy, klasy pojazdu określonej według standardów podmiotu świadczącego usługi wynajmu pojazdu i wskazanej w Tabeli nr 1, o liczbie miejsc 4 lub 5. COK może zorganizować samochód wyższej klasy w zależności od lokalnych możliwości i dostępności samochodów zastępczych, jeżeli Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy w koszcie najmu.
4. Udostępnienie samochodu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu zawartej przez Ubezpieczonego ze wskazanym przez COK podmiotem i na warunkach określonych w tej umowie po zapewnieniu przez Ubezpieczonego wymaganych przez wypożyczalnię zabezpieczeń. Najczęściej stosowane przez wypożyczalnie zabezpieczenia to: blokada środków na karcie kredytowej, kaucja, zgoda na zastosowanie udziału własnego w szkodzie powstałej w samochodzie zastępczym.
5. W odniesieniu do jednego zdarzenia przysługuje tylko jeden samochód zastępczy, a okres wynajmu samochodu zastępczego nie może być dzielony na krótsze okresy.
6. Udostępnienie samochodu zastępczego przysługuje na okres wskazany w Tabeli nr 1, licząc od dnia i godziny przekazania go Ubezpieczonemu, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia podjętej naprawy.
7. Samochód zastępczy nie przysługuje, jeśli naprawa po Wypadku lub Awarii pojazdu może być wykonana w tym samym dniu, w którym ubezpieczony pojazd jest wstawiany do warsztatu.
8. COK zorganizuje i pokryje koszty wynajmu samochodu zastępczego:
   1) po zaistnieniu **Wypadku** (również gdy zakres uszkodzeń ubezpieczonego pojazdu nie powoduje jego unieruchomienia w wariancie **Złoty+**, **Platynowy**) z zachowaniem dodatkowych warunków i limitów wskazanych w Tabeli nr 1 oraz zapisów § 4,
   2) w przypadku **Awarii** pojazdu w wariancie **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15**:
      a) pod warunkiem, że nie uda się go usprawnić na miejscu wystąpienia awarii i pojazd został odholowany do warsztatu naprawczego na zlecenie lub w uzgodnieniu z COK lub
      b) gdy holowanie ubezpieczonego pojazdu zostało zrealizowane na polecenie policji lub innych uprawnionych służb i zgłoszenie do COK nastąpi nie później niż 10 dnia, licząc od dnia zdarzenia. WARTA zastrzega sobie prawo sprawdzenia faktu holowania.
   3) w przypadku **Kradzieży** pojazdu, jeśli Ubezpieczony dostarczy dokument zgłoszenia kradzieży na policję.
9. Nie później niż 1 dzień przed planowanym zwrotem samochodu zastępczego Ubezpieczony jest zobowiązany do uzgodnienia z COK dokładnego miejsca, czasu i sposobu zwrotu samochodu zastępczego i jego przekazania przedstawicielowi podmiotu świadczącego usługi wynajmu.
10. Najpóźniej w dniu upływu okresu wynajmu Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić samochód zastępczy podmiotowi świadczącemu usługi wynajmu (w przypadku wariantu **Złoty+** i **Platynowy** udostępnić pojazd do zwrotu).
11. Ubezpieczony/Ubezpieczający ma obowiązek:
    1) umożliwić COK weryfikację stanu pojazdu oraz monitorowanie czasu naprawy pojazdu w warsztacie,
    2) niezwłocznie informować COK o fakcie zakończenia naprawy pojazdu.
12. Niedopełnienie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązków, o których mowa w niniejszym paragrafie, poprzez wprowadzenie w błąd COK lub podmiotu świadczącego usługi wynajmu, a także użytkowanie samochodu zastępczego niezgodnie z jego przeznaczeniem lub korzystanie z niego niezgodnie z warunkami określonymi przez podmiot świadczący usługi wynajmu, może się wiązać z koniecznością pokrycia przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego wynikających z tego dodatkowych kosztów podmiotu świadczącego usługi wynajmu lub zwrot kosztów nienależnych świadczeń pokrytych przez COK.

Pomoc w podróży
§ 7

1. Z uwzględnieniem zapisów § 4 zobowiązania WARTY z tytułu umowy WMA w zakresie pomocy w podróży polegają na świadczeniu następujących usług:
   1) **przewóz Ubezpieczonych do docelowego miejsca holowania pojazdu** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu z miejsca zdarzenia do miejsca, do którego holowany jest pojazd (do warsztatu, na parking strzeżony albo do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego). Przejazd Ubezpieczonych może być zrealizowany pojazdem holującym ubezpieczony pojazd lub jeśli nie jest to możliwe transport organizowany jest odrębnie przez COK;
   2) **zakwaterowanie** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu, a także pobytu Ubezpieczonych w hotelu (tj. noclegu i śniadania jeżeli jest w cenie noclegu), gdy usunięcie przyczyny unieruchomienia pojazdu lub przekazanie Ubezpieczonemu pojazdu odzyskanego po kradzieży nie może być zrealizowane tego samego dnia, w którym dane zdarzenie nastąpiło;
   3) **kontynuacja podróży** albo **powrót do miejsca zamieszkania** – zorganizowanie i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonych do:
      a) jednego z miejsc znajdującego się **bliżej miejsca zdarzenia**: miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo miejsca docelowego podróży;
      b) miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo miejsca docelowego podróży **wskazanego przez kierowcę** w przypadku wykupienia wariantu Platynowego;
      c) Gdy Ubezpieczeni mają różne miejsca zamieszkania lub podróżują do różnych miejsc przeznaczenia przewóz następuje w jedno miejsce, uzgodnione z kierowcą, z zachowaniem zapisów w ppkt a) i b);
   4) **odbiór pojazdu po naprawie lub odzyskanego po kradzieży** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu właściciela pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej w celu odebrania ubezpieczonego pojazdu:
      a) po naprawie z warsztatu, do którego holowanie organizowało COK lub
      b) po odnalezieniu pojazdu po kradzieży pojazdu (tylko gdy odzyskanie pojazdu nastąpiło przed zakończeniem okresu ochrony).
2. Świadczenia w zakresie **zakwaterowania**, **kontynuacji podróży** albo **powrotu/przewozu do miejsca zamieszkania**, nie mogą być ze sobą łączone, a ich wyboru dokonuje osoba kierująca pojazdem.
3. Podróż w celu **odbioru pojazdu po naprawie** lub **odzyskanego po kradzieży**, jak również **kontynuacja podróży** albo **powrót do miejsca zamieszkania** odbywa się koleją lub autobusem. Gdy przejazd na tej trasie trwa dłużej niż 8 godzin Ubezpieczony może skorzystać z przelotu samolotem w klasie ekonomicznej. O wyborze środka transportu decyduje COK. Ubezpieczonemu przysługuje także organizacja i pokrycie kosztów dojazdu odpowiednio: na dworzec kolejowy, autobusowy lub lotnisko oraz transport z tych miejsc do miejsca docelowego.

Pomoc informacyjna
§ 8

Z uwzględnieniem zapisów zawartych w Tabeli nr 1 zobowiązania WARTY z tytułu umowy WMA w zakresie pomocy informacyjnej polegają na świadczeniu następujących usług informacyjnych:
1. **informacja serwisowa** – udzielenie telefonicznej informacji o:
   a) sieci warsztatów partnerskich i lokalnych możliwościach naprawy ubezpieczonego pojazdu,
   b) godzinach otwarcia warsztatów,
   c) możliwościach zlecenia przyjazdu pomocy drogowej w celu podjęcia próby naprawy w miejscu zatrzymania pojazdu, który uległ unieruchomieniu lub odholowania go do warsztatu,
   d) możliwościach wynajęcia samochodu zastępczego, z uwzględnieniem świadczeń należnych Ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia,
   e) możliwości pomocy w zakresie powrotu lub kontynuacji podróży.
2. **przekazanie wiadomości** – przekazanie na zlecenie Ubezpieczonego, wskazanej przez niego osobie na terytorium RP, telefonicznie, pilnych informacji w związku z zaistnieniem któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
3. **pomoc tłumacza** – organizacja tłumaczenia z języka angielskiego, niemieckiego, francuskiego lub rosyjskiego, drogą telefoniczną umożliwiającego porozumienie się ze służbami medycznymi, urzędnikami, policją lub osobami skierowanymi do pomocy Ubezpieczonemu.

Pomoc medyczna
§ 9

Zobowiązania WARTY z tytułu umowy WMA zawartej w wariantach **Złoty+**, **Platynowy**, **Podróżnik 15** polegają na świadczeniu w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** następujących usług:
1) **zastępczy kierowca** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wynagrodzenia kierowcy w celu powrotu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo kontynuacji podróży, gdy stan zdrowia osoby kierującej ubezpieczonym pojazdem, potwierdzony pisemnym zaświadczeniem lekarza prowadzącego, nie zezwala na prowadzenie ubezpieczonego pojazdu, a wśród pozostałych Ubezpieczonych nie ma osoby posiadającej uprawnienia do kierowania ubezpieczonym pojazdem;
2) **przewóz dzieci wraz z osobą towarzyszącą** albo **przewóz osoby wskazanej do miejsca, w którym znajdują się dzieci** – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu dzieci (dzieci własne, przysposobione lub wspólnie podróżujące w wieku do 15 lat) lub osoby wskazanej, jeśli osoba kierująca ubezpieczonym pojazdem zmarła lub jest hospitalizowana (tj. jej pobyt w szpitalu już trwa lub w ocenie lekarza współpracującego z COK trwać będzie nieprzerwanie co najmniej 7 dni) i dziećmi nie może zająć się którykolwiek spośród pozostałych Ubezpieczonych. Przejazd organizowany jest na zasadach określonych w § 7 ust. 3 i odbywa się do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, a w przypadku gdy Ubezpieczony z powodu stanu w jakim się znalazł nie jest w stanie wskazać takiego miejsca, przez innego opiekuna dzieci;
3) **organizacja wizyty lekarskiej albo pielęgniarskiej** – zorganizowanie (bez pokrycia jej kosztu) jednej wizyty lekarza pierwszego kontaktu albo opieki pielęgniarskiej trwającej do 48 godzin;
4) **dostawa leków** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia zaleconych pisemnie (na recepcie) przez lekarza prowadzącego Ubezpieczonego leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszt leków pokrywa Ubezpieczony;
5) **rehabilitacja wraz z informacją o możliwości zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – zorganizowanie i pokrycie kosztów rehabilitacji (maksymalnie **3 wizyt**) Ubezpieczonego w placówce medycznej. Rehabilitacja musi być zalecona pisemnie przez lekarza prowadzącego Ubezpieczonego. Świadczenie obejmuje również organizację i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego z miejsca jego zamieszkania do tej placówki i powrotu z niej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszt sprzętu rehabilitacyjnego lub koszt jego wypożyczenia pokrywa Ubezpieczony;
6) **pomoc psychologa** – organizacja i pokrycie kosztów wizyty u psychologa w sytuacjach stresu związanego z nieszczęśliwym wypadkiem i pisemnego skierowania przez lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i członkom jego najbliższej rodziny tj. małżonkowi, partnerowi życiowemu, dzieciom własnym i przysposobionym, rodzicom lub rodzeństwu łącznie w odniesieniu do ich **5 wizyt** u psychologa na dany nieszczęśliwy wypadek. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki terapii prowadzonej w ramach takich wizyt.

Usługi pomocowe
§ 10

Zobowiązania WARTY w zakresie usług pomocowych przysługuje wyłącznie z tytułu umowy WMA zawartej w wariancie **Platynowy** i polegają na realizacji następujących świadczeń:
1) **świadczenia dodatkowe** – zorganizowanie na terenie RP na rzecz Ubezpieczonego (kierowcy) następujących usług:
   a) organizacja usługi „night-driver" – polegającej na zorganizowaniu kierowcy, który odprowadzi ubezpieczony pojazd we wskazane przez Ubezpieczonego miejsce, jednocześnie odwoząc w to miejsce Ubezpieczonego;
   b) organizacja usługi „wymiana opon" – polegającej na: odbiorze ubezpieczonego pojazdu oraz opon, które mają zostać założone, dokonanie w specjalistycznym punkcie wymiany opon w pojeździe i odprowadzenie pojazdu wraz z oponami, które zostały zdjęte w czasie wymiany, pod wskazany przez Ubezpieczonego adres;
   c) organizacja usługi „myjnia" – polegającej na: odbiorze ubezpieczonego pojazdu, odprowadzeniu pojazdu na myjnię i udostępnieniu go do umycia oraz odprowadzenie pojazdu pod wskazany przez Ubezpieczonego adres.

   Świadczenia realizowane są w promieniu do 50 km od miejsca, z którego odbierany jest od Ubezpieczonego pojazd. Koszt samych usług pokrywa Ubezpieczony.

2) **informacja o natężeniu ruchu na drodze** – udzielanie Ubezpieczonemu szczegółowych i bieżących informacji na temat:
   a) obciążeń komunikacyjnych na wybranych odcinkach trasy przejazdów,
   b) pogody i warunków drogowych,
   c) robót drogowych i sugerowanych tras objazdu,
3) **porady w sytuacjach losowych** takich jak kradzież samochodu, utrata kart kredytowych czy choroba, które wymagają porady ogólnej lub prawnej, czy też przekazania wiadomości wyznaczonej osobie;
4) **infolinia pomocy prawnej dla kierowcy**, w ramach której Ubezpieczony uzyska informacje dotyczące zasad postępowania potrzebne przy:
   a) sprzedaży lub innej formie przeniesienia prawa własności pojazdu,
   b) dochodzeniu roszczeń z tytułu gwarancji lub rękojmi na drodze cywilno-prawnej,
   c) rejestrowaniu lub wyrejestrowaniu pojazdu.
   Ubezpieczony może uzyskać także dane teleadresowe odnośnie możliwości uzyskania pomocy prawnej lub psychologicznej w przypadku problemów, mogących dotknąć uczestnika ruchu drogowego;
5) **usługi osobistego asystenta**, w ramach których na rzecz Ubezpieczonego zorganizowane zostaną następujące usługi (koszt samych usług pokrywa Ubezpieczony): rezerwacja biletu lotniczego i kolejowego, rezerwacja hotelu, zamawianie taksówki, organizacja opieki nad dziećmi, wynajęcie oraz podstawienie samochodu.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
§ 11

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniona ze zwrotu wszelkich kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, gdy działał on bez porozumienia z COK lub nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia objętego ochroną assistance do COK, chyba że powiadomienie WARTY w sposób określony w § 18 było niemożliwe:
   1) ze względu na wystąpienie sił wyższych, takich jak: trzęsienie ziemi, powódź, huragan i pożar,
   2) po wypadku, gdy Ubezpieczony został zabrany do szpitala i holowanie zleca policja,
   3) gdy wypadek lub awaria miały miejsce na autostradzie i holowanie było realizowane przez służby autostradowe.
   Wówczas WARTA uwzględni poniesione przez Ubezpieczonego uzasadnione i udokumentowane koszty. Refundacja kosztów poniesionych w walutach obcych w związku ze zdarzeniami, w których wystąpiły okoliczności określone w pkt 1, 2, 3 następuje po kursie średnim NBP z dnia zaistnienia zdarzenia.
2. WARTA nie organizuje i nie pokrywa kosztów usług assistance w miejscu, gdzie wjazd pojazdu pomocy serwisowej jest niemożliwy lub niedozwolony przez obowiązujące przepisy prawa, a także gdy udzielenie pomocy zostało uniemożliwione przez działanie sił wyższych, takich jak: trzęsienie ziemi, powódź, huragan i pożar.
3. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia objęte ochroną assistance, lecz spowodowane:
   1) działaniami wojennymi, zamieszkami, rozruchami, aktami terroryzmu lub sabotażu, ruchami społecznymi, katastrofą nuklearną lub radioaktywnością,
   2) umyślnie przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, a także osoby, z którymi Ubezpieczający, Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
   3) wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   4) przez kierowcę będącego w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków ograniczających zdolność do kierowania pojazdami mechanicznymi albo przez kierowcę nieposiadającego uprawnień do kierowania ubezpieczonym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na powstanie zdarzenia.
4. Z zakresu ochrony wyłączone są zdarzenia powstałe:
   1) podczas jazd wyścigowych, konkursowych, rajdowych oraz treningów do tych jazd, jak również podczas użycia pojazdu jako rekwizytu lub do nauki jazdy lub do jazd próbnych, tj. badań i prób pojazdów dokonywanych przez producentów lub upoważnione jednostki,
   2) podczas kierowania pojazdem, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu albo nie posiadał ważnego badania technicznego, o ile stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie szkody.
5. WARTA nie pokrywa :
   1) kosztów ekspertyzy technicznej i naprawy ubezpieczonego pojazdu, kosztów jego konserwacji i eksploatacji, kosztów paliwa i części zamiennych (w tym kosztów zakupienia i/lub dorobienia kluczyków oraz zakupu akumulatora, kół albo opon),
   2) opłat celnych, mandatów, opłat drogowych (np. za autostrady, promu), dodatkowych kosztów transportu ładunku pojazdu, ubezpieczeń, jak również kosztów wyżywienia Ubezpieczonych,
   3) kosztów związanych z użytkowaniem samochodu zastępczego: mandatów karnych, ubezpieczeń, kosztów paliwa i innych materiałów eksploatacyjnych, opłat dodatkowych (w szczególności opłat za autostrady, promy, parkingi, opłat nałożonych przez podmiot świadczący usługi wynajmu z tytułu niezgodnego z umową miejsca zwrotu pojazdu lub jego stanu w momencie zwrotu).
6. W przypadku **Pomocy w podróży** WARTA nie organizuje i nie pokrywa kosztów transportu zwierząt i nadbagażu rozumianego jako bagaż, którego przewóz z uwagi na wielkość (rozmiary i masa) wymaga dodatkowej opłaty na rzecz przewoźnika.
7. WARTA nie odpowiada za przewożone ubezpieczonym pojazdem ładunki, jak również bagaż i przedmioty osobiste Ubezpieczonego, pozostawione w ubezpieczonym pojeździe na czas wykonywania świadczeń assistance.
8. Świadczenie holowania ubezpieczonego pojazdu nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów załadunku/rozładunku bagażu lub towarów, a także zbierania towarów rozsypanych/rozlanych w związku z wypadkiem, ani ich transportu i magazynowania, porządkowania terenu i/lub drogi oraz innych usług lub kosztów związanych z powstałym zdarzeniem i udzieleniem pomocy, nie opisanych w niniejszych OWU WMA.

Suma ubezpieczenia
§ 12

1. Suma ubezpieczenia określona w Tabeli nr 1 dla poszczególnych wariantów stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY za wszystkie zdarzenia, które wystąpią w okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem limitów zdarzeń określonych w § 4 ust. 2.
2. Koszt każdego zrealizowanego świadczenia pomniejsza sumę ubezpieczenia aż do jej całkowitego wyczerpania. W przypadku świadczenia holowania innego pojazdu, jego koszt nie powoduje pomniejszania sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia więcej niż jednej umowy WMA na ten sam pojazd sumy ubezpieczenia, ani limity na poszczególne świadczenia nie sumują się, a WARTA odpowiada zgodnie z sumą ubezpieczenia i limitami określonymi dla wykupionego wariantu z najwyższą sumą ubezpieczenia.

Składka
§ 13

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest na podstawie obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia taryfy składek WARTY, w tym w zakresie zniżek i zwyżek składki w zależności od:
   1) wariantu ubezpieczenia WARTA MOTO-ASSISTANCE,
   2) jednorazowej lub ratalnej płatności składki,
   3) posiadania innych ubezpieczeń w WARCIE,
   4) rodzaju, wieku, sposobu użytkowania pojazdu,
   5) miejsca zamieszkania/siedziby oraz przebiegu ubezpieczenia i wieku Ubezpieczonego.
2. Składka opłacana jest jednorazowo w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej. Składka za ubezpieczenie w wariancie **Podróżnik 15** opłacana jest wyłącznie jednorazowo.

Zawarcie umowy
§ 14

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie. Ubezpieczający zobowiązany jest podać wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA pytała we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Informacje te mogą być podane przez Ubezpieczającego WARCIE za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności telefonu lub Internetu. W razie zawarcia przez WARTĘ umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać WARTĘ, w czasie trwania umowy, o zmianach okoliczności określonych w ust. 1. Zawiadomienia o tych zmianach należy dokonać na piśmie niezwłocznie po uzyskaniu o nich wiadomości.
3. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają odpowiednio na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1, 2 i 3 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 1, 2 i 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie powodujące szkodę i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
5. W przypadku składania wniosku za pośrednictwem Internetu, regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną udostępniany jest w serwisie internetowym WARTY.
6. Umowa WMA zawierana jest z jednoczesnym zawarciem w Warcie umowy ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego (OC WARTA) lub autocasco (AC WARTA), przy czym w wariancie:
   1) **Złoty** dla pojazdów ciężarowych o ładowności powyżej 800 kg,
   2) **Złoty+** dla pojazdów innych niż osobowe,
   3) **Platynowy**
   zawierana jest jednocześnie z ubezpieczeniem AC WARTA.
7. W wariancie **Podróżnik 15** umowa WMA zawierana jest z jednoczesnym zawarciem OC WARTA lub AC WARTA, bądź w okresie posiadania tych umów.
8. W przypadku flot samochodowych umowa WMA zawierana jest:
   1) z jednoczesnym zawarciem bądź w okresie posiadania umowy ubezpieczenia OC WARTA lub AC WARTA zawartej na podstawie OWU AC/KR dla flot samochodowych,
   2) dla wariantu **Platynowego** z jednoczesnym zawarciem bądź w okresie posiadania umowy ubezpieczenia OC WARTA łącznie z umową AC WARTA zawartej na podstawie OWU AC/KR dla flot samochodowych.

Czas trwania odpowiedzialności WARTY
§ 15

1. Umowa WMA zawierana jest na okres 12 miesięcy, za wyjątkiem wariantu **Podróżnik 15** gdy umowa zawierana jest na okres 15 dni.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
3. W przypadku, gdy WARTA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i zażądać zapłacenia składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypada niezapłacona składka.
4. W przypadku opłacania składki w ratach i nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
5. Jeżeli nie umówiono się inaczej, jako termin zapłacenia składki, w przypadku jej opłacania przelewem bankowym bądź przekazem pocztowym, przyjmuje się datę dokonania wpłaty, tj. odpowiednio datę potwierdzenia przez bank przyjęcia do realizacji polecenia przelewu, bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.
6. Odpowiedzialność WARTY ustaje i umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
   1) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa była zawarta,
   2) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej dla danego wariantu,
   3) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty bądź całkowitego zniszczenia pojazdu,
   4) z dniem wyrejestrowania pojazdu,
   5) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów,
   6) w przypadku przewłaszczenia lub zbycia pojazdu – z chwilą przeniesienia na nabywcę prawa własności pojazdu, za wyjątkiem:
      i) sytuacji gdy WARTA wyrazi zgodę na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu z zastrzeżeniem ust. 7,
      ii) umowy w wariancie Standard – w takiej sytuacji odpowiedzialność ustaje z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenie OC, z którą zawarte zostało ubezpieczenie WARTA MOTO-ASSISTANCE,
   7) z dniem odstąpienia od umowy zgodnie z § 16 ust. 1 lub wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach określonych w ust. 3 i § 16 ust. 3,
   8) z upływem ostatniego dnia dodatkowego 7 dniowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki zgodnie z ust. 4,
   9) z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia OC WARTA lub AC WARTA, z którą zawarte zostało ubezpieczenie WARTA MOTO-ASSISTANCE.
7. Zgoda WARTY, o której mowa w ust. 6 pkt 6) nie jest wymagana w przypadku, gdy prawo własności pojazdu przechodzi na jego dotychczasowego użytkownika, pod warunkiem, że w dotychczasowej umowie ubezpieczenia był on także Ubezpieczającym.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia
§ 16

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
   1) w terminie 7 dni w przypadku przedsiębiorców i 30 dni w przypadku osób nie będących przedsiębiorcami, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, jeśli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy WARTA nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie,
   2) w przypadku umów zawartych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość przez Ubezpieczającego będącego konsumentem, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Odstąpienie od umowy zgodnie z ust. 1 pkt 1) jak i odstąpienie od umowy zawartej na podstawie zgody na rozpoczęcie świadczenia ochrony przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim WARTA udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w ciągu 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Zwrot składki
§ 17

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczającemu bądź osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku, gdy nastąpiło wyczerpanie sumy ubezpieczenia, w związku z całkowitym wykorzystaniem ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie powstania zdarzenia objętego ubezpieczeniem

§ 18

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu **3 dni** od zaistnienia zdarzenia, skontaktować się telefonicznie z COK, czynnym przez całą dobę, którego numer telefonu znajduje się w dokumencie ubezpieczenia. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy świadczeń przysługujących w ramach:
      a) pomocy medycznej, dla której kontakt powinien mieć miejsce nie później niż 30 dni od daty zdarzenia,
      b) samochodu zastępczego, w przypadku kradzieży, kiedy zgłoszenie zdarzenia do COK nastąpi nie później niż **10 dnia**, licząc od dnia stwierdzenia kradzieży ubezpieczonego pojazdu,
      c) usług pomocowych będących niezależnymi od faktu zaistnienia zdarzenia objętego ochroną,
   2) podać wszelkie dostępne informacje potrzebne do udzielenia należnej pomocy z zakresu świadczeń assistance, a w szczególności:
      a) swoje imię, nazwisko i adres zamieszkania,
      b) imię, nazwisko i adres właściciela ubezpieczonego pojazdu lub Ubezpieczającego,
      c) markę, typ i model ubezpieczonego pojazdu oraz jego numer rejestracyjny,
      d) dokładne miejsce zdarzenia oraz nazwę miejscowości i numer telefonu, pod którym COK może się skontaktować z Ubezpieczonym lub jego przedstawicielem,
      e) opis zdarzenia objętego umową WMA i rodzaj potrzebnej pomocy,
   3) postępować zgodnie z dyspozycjami COK,
   4) przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu zdarzenia, starać się o złagodzenie skutków zdarzenia oraz zapewnienie pomocy lekarskiej osobom poszkodowanym, jak również zabezpieczyć ich mienie.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 1 pkt. 1 WARTA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. W przypadku wystąpienia sił wyższych, o których mowa w § 11 ust. 1, holowania ubezpieczonego pojazdu na polecenie policji lub innych uprawnionych służb, zgłoszenia do COK należy dokonać nie później niż 30 dnia, licząc od dnia zdarzenia.

Roszczenia regresowe

§ 19

1. Z dniem realizacji świadczenia roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na WARTĘ do wysokości kosztów poniesionych w związku z organizacją i wykonaniem usług.
2. Nie przechodzą na WARTĘ roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie
3. Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę tj. dostarczając dokumenty i podając informacje niezbędne do skutecznego ich dochodzenia.
4. Jeżeli Ubezpieczony zrzekł się roszczenia o świadczenie od osoby trzeciej, która jest sprawcą szkody lub je ograniczył, WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie świadczenia, wówczas WARCIE przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU WMA stosuje się prawo polskie.
2. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU WMA mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących w Polsce przepisów prawnych.
3. 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, uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
5. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
6. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
7. W przypadku umów zawieranych przez Internet skargę można złożyć dodatkowo za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) – adres: https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=PL.
8. Niniejsze OWU WMA w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 września 2019 r.

Wiceprezes Zarządu

Jarosław NIEMIROWSKI

Prezes Zarządu

Jarosław PARKOT

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH
DLA KLIENTA
UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 85/87, 00-805 Warszawa („WARTA"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie www.warta.pl.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o sporządzenie oferty ubezpieczenia lub w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu, ale nie dłużej niż przez okres ubezpieczenia; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń; 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (aktualna nazwa i dane kontaktowe organu znajdują się na stronie www.warta.pl w zakładce „Kontakt"). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: IOD@warta.pl.	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Centralna Ewidencja Pojazdów, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub orzecznikom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – w zakresie historii szkodowości i weryfikacji danych podmiotu; Centralnej Ewidencji Pojazdów – w zakresie danych pojazdu; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówek medycznych – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Oświadczenie o statusie dużego przedsiębiorcy

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, z siedzibą w Sopocie (81-731) przy ul. Hestii 1, zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000024812, prowadzonym przez VIII Wydział Gospodarczy KRS Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku o numerze NIP 585-000-16-90 i której kapitał zakładowy, opłacony w całości, wynosi 196.580.900 zł, posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Wszystko o Ubezpieczeniu Autocasco

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Autocasco

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego** z dnia 1 października 2018 r. (kod: A-AC-01/18). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie pojazdu mechanicznego wraz z wyposażeniem od zdarzeń losowych (ubezpieczenie majątkowe grupa 3 z działu II załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie kierowane jest do właścicieli pojazdów mechanicznych.
- ✓ Ubezpieczenie pojazdów mechanicznych wraz z wyposażeniem podstawowym obejmuje ryzyko uszkodzenia, utraty lub całkowitego zniszczenia przedmiotu ubezpieczenia, będącego bezpośrednim następstwem zdarzeń losowych; ochroną objęte są również: koszty wykonania badań technicznych po szkodzie objętej zakresem ubezpieczenia, o ile obowiązek przeprowadzenia badań nakładają przepisy prawa; bezpośrednie następstwa zniszczenia, uszkodzenia lub kradzieży tablic rejestracyjnych pojazdu w postaci kosztów ich odtworzenia; koszty wydania nowego dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz naklejek rejestracyjnych, o ile miało to związek z zaistniałą szkodą; bezpośrednie następstwa utraty bądź zniszczenia kluczy, a także utrata przedmiotów innych niż wymienione, a które umożliwiają dorobienie kluczy (np. korki wlewu paliwa zamykane na ten sam klucz) - w postaci kosztów odtworzenia tych przedmiotów, jak również wiążące się z tym niezbędne koszty wymiany zamków lub przekodowania zamków
- ✓ bądź zabezpieczeń przeciwkradzieżowych.
- ✓ Po opłaceniu dodatkowej składki możliwe jest rozszerzenie ochrony o wyposażenie dodatkowe pojazdu oraz, pod warunkiem posiadania przez pojazd wymaganych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, o ryzyko kradzieży.
- ✓ Sumę ubezpieczenia podaje Ubezpieczający według wartości rynkowej pojazdu mechanicznego oraz jego wyposażenia lub według wartości fakturowej pojazdu fabrycznie nowego oraz jego wyposażenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych poza okresem ubezpieczenia i nie objętych zakresem ochrony.

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych:

- ✗ w pojazdach niezarejestrowanych w Polsce, o ile zgodnie z prawem polskim istniał obowiązek ich rejestracji, jeżeli miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
- ✗ w pojazdach nieposiadających ważnego badania technicznego, wymaganego przez polskie prawo;
- ✗ w pojazdach nielegalnie wprowadzonych na terytorium Polski, a także w pojazdach pochodzących z kradzieży lub innego przestępstwa oraz takich, których własności Ubezpieczony nie nabył do dnia szkody;
- ✗ w mieniu, w posiadanie którego Ubezpieczony lub osoby bliskie weszły w wyniku przestępstwa.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód:

- ! powstałych podczas jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo używanych jako rekwizyt;
- ! których wartość nie przekracza ustalonej w umowie ubezpieczenia franszyzy integralnej lub udziału własnego;
- ! wskutek kradzieży pojazdu lub jego części, jeżeli w chwili dokonania kradzieży pojazd nie posiadał zainstalowanych wymaganych urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą; w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był zabezpieczony w sposób przewidziany w jego konstrukcji i nie były uruchomione wszystkie znajdujące się w pojeździe urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą, chyba że został on utracony na skutek rozboju; klucze lub dokumenty pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, chyba że zostały one utracone wskutek rozboju; poszkodowany nie przedłożył Ergo Hestii dokumentów pojazdu, na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz wszystkich kluczy wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą, chyba że pojazd został utracony wskutek rozboju; abonament za usługi monitoringu nie został opłacony za okres, w którym nastąpiła kradzież pojazdu:
- ! polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia, chyba że powstały one wskutek działania osób trzecich lub powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części pojazdu, objętych ochroną ubezpieczeniową;
- ! powstałe wskutek przesunięcia się ładunku w pojeździe w związku z gwałtownym hamowaniem, przyspieszeniem lub uderzeniem w przeszkodę, osobę lub inny pojazd, za wyjątkiem sytuacji, gdzie tenże ładunek został prawidłowo zabezpieczony, w sposób uniemożliwiający jego przesunięcie;
- ! na terytorium Białorusi, Mołdawii, Rosji i Ukrainy ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje: uszkodzenia pojazdu przez osoby trzecie; uszkodzenia zewnętrznej części pojazdu przez zwierzęta; uszkodzenia, utraty lub całkowitego zniszczenia pojazdu na skutek pożaru, wybuchu, zatopienia, nagłego działania innych sił przyrody oraz nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu; kradzieży pojazdu lub jego części.
- ! wyrządzonych umyślnie lub w skutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego lub przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Algierii, Maroka, Tunezji, Izraela i Iranu.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Jeżeli Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które ERGO Hestia zapytywała w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki.
– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ergo Hestii wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które Ergo Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem Umowy.

W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

– Ubezpieczony ma obowiązek użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
– powiadomić ERGO Hestię o zdarzeniu niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody albo uzyskaniu o niej informacji;
– niezwłoczne, nie później niż w ciągu 24 godzin od wystąpienia zdarzenia lub powzięcia o nim informacji, powiadomić miejscową jednostkę policji o kradzieży pojazdu, kradzieży kluczy, kradzieży dokumentów pojazdu lub każdej innej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa, jak również o każdym zdarzeniu powodującym poważną szkodę w ubezpieczonym mieniu, łącznie ze złożeniem wniosku o ściganie osób odpowiedzialnych za powstanie szkody;
– dostarczyć ERGO Hestii dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania;
– nie dokonywać w pojeździe żadnych zmian (za wyjątkiem wymiany wkładek zamków lub przekodowania urządzeń zabezpieczających pojazd przed kradzieżą) oraz nie rozpoczynać naprawy pojazdu do czasu oględzin miejsca zdarzenia przez ERGO Hestię;
– stosować się do zaleceń ERGO Hestii oraz udzielać informacji i pełnomocnictw innym osobom do działania w imieniu Ubezpieczonego, w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody;
– zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika ubezpieczeniowego.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność STU ERGO Hestia S.A. rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

W razie przejścia prawa własności pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia nie mogą być przeniesione na nabywcę pojazdu. Stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

W przypadku szkody całkowitej umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wystąpienia szkody całkowitej.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy
od dnia jej zawarcia, a w przypadku , gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty 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.

Dlaczego Grupa 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.

Ogólne Warunki Kompleksowego Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego

KOD - A-AC-01/18

Spis treści

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 1844 z 10.11.2015 r.).	2
Umowa ubezpieczenia	3
Definicje	3
Przedmiot ubezpieczenia	5
Zakres ubezpieczenia	5
Rozszerzenia zakresu ubezpieczenia	6
Ryzyko kradzieży	6
Klauzule dodatkowe	6
Ograniczenia zakresu ubezpieczenia	7
Zabezpieczenia pojazdu	7
Wyłączenia odpowiedzialności	8
Suma ubezpieczenia	9
Ustalenie rozmiaru szkody	10
Zawarcie umowy ubezpieczenia	13
Zawarcie umowy na cudzy rachunek	14
Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej	14
Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ERGO Hestii	15
Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego	15
Sposób postępowania w razie zdarzenia	16
Super uproszczona likwidacja	17
Wypłata odszkodowania	18
Regres ubezpieczeniowy	18
Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	19
Postanowienia końcowe	20
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Kompleksowego Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego	22

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 1844 z 10.11.2015 r.).

Numer jednostki redakcyjnej	
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
§ 4 § 5 ust. 1-4 § 6 § 7 ust. 1 § 26 § 44 ust. 2	§ 5 ust. 5 § 8 § 9 § 11 § 12 § 13 § 20 ust. 4 § 38 ust. 8 § 40 § 46 § 48 ust. 4

Umowa ubezpieczenia

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „ERGO Hestią", w zakresie działania swojego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia w zakresie kompleksowego ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco) z przedsiębiorcami zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
3. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. W związku z zawartą umową ubezpieczenia ERGO Hestia jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w Załączniku nr 1 do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie określone w definicjach zamieszczonych poniżej w § 3.

§ 3

1. **Awaria** - wadliwe funkcjonowanie pojazdu spowodowane uszkodzeniami mechanicznymi, elektrycznymi, elektronicznymi lub hydraulicznymi, uniemożliwiające jazdę, z wyłączeniem konieczności uzupełnienia materiałów eksploatacyjnych, obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów oraz braku środków niezbędnych do obsługi pojazdu.
2. **Dokumenty pojazdu** - dowód rejestracyjny, karta pojazdu (o ile została wydana), świadectwo dopuszczenia pojazdu do ruchu (w przypadku pojazdów, które nie podlegają rejestracji), pozwolenie czasowe wydane przez właściwy organ dokonujący rejestracji.
3. **Flota pojazdów** - nie mniej niż 5 pojazdów będących w posiadaniu Ubezpieczającego.
4. **Franszyza integralna** - kwota lub procent sumy ubezpieczenia, albo wartości rynkowej pojazdu z dnia wystąpienia szkody, do wysokości której Ergo Hestia nie odpowiada za powstałą szkodę. Jeżeli wysokość rozmiaru szkody jest wyższa od ustalonej franszyzy Ergo Hestia wypłaca odszkodowanie w całości, zgodnie z przyjętym systemem likwidacji szkód lub rodzajem szkody.
5. **Holowanie pojazdu** - dojazd pojazdu pomocy drogowej i jego powrót, załadunek pojazdu unieruchomionego wskutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, na pojazd pomocy drogowej, transport z miejsca wystąpienia zdarzenia do najbliższego punktu obsługi lub do miejsca zamieszkania lub siedziby firmy Ubezpieczonego i rozładunek pojazdu z pojazdu pomocy drogowej a także koszty użycia dźwigu.
6. **Klucze** - fabryczne urządzenia służące do otwarcia i uruchomienia pojazdu będącego przedmiotem ubezpieczenia.
7. **Kradzież**- działanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 278 k.k. (kradzież), 279 k.k. (kradzież z włamaniem) i 280 k.k. (rozbój), za kradzież nie uważa się przywłaszczenia, o którym mowa w art. 284 k.k.
8. **Lokaut** - zamknięcie zakładu pracy przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk.
9. **Okres eksploatacji pojazdu** - okres liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia; jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja nastąpiła po roku produkcji, wówczas okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu; tak ustalony okres eksploatacji obowiązuje przez cały dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia. Dla celów ustalenia odszkodowania okres eksploatacji pojazdu jest liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do dnia zajścia wypadku; jeżeli data pierwszej rejestracji nie jest znana lub pierwsza rejestracja nastąpiła po roku produkcji, wówczas okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji do dnia zajścia wypadku.
10. **Osoby trzecie** - wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia.
11. **Pojazd** - pojazd podlegający rejestracji w Rzeczypospolitej Polskiej stosownie do przepisów ustawy prawo o ruchu drogowym oraz inny pojazd drogowy napędzany silnikiem z własnego źródła energii oraz bez własnego napędu bądź własnego źródła energii a także trolejbus.

12. **Pojazd ciężarowo-osobowy** - pojazd zarejestrowany jako ciężarowy, przeznaczony do transportu towarów i osób w liczbie od 4 do 9 łącznie z kierowcą.
13. **Pojazd samochodowy** - pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągników rolniczych.
14. **Pojazd specjaln**y - pojazd samochodowy lub przyczepa, które wykonują specjalne funkcje powodujące konieczność dostosowania nadwozia lub posiadania specjalnego wyposażenia. W tym pojeździe mogą być przewożone wyłącznie osoby i przedmioty związane z wykonywaniem tej funkcji.
15. **Pojazd nielegalnie sprowadzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**:
    1) pojazd nie dostarczony do miejsca odprawy celnej lub nie zgłoszony do tej odprawy,
    2) pojazd wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w pkt 1), lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym prawdziwych informacji o pojeździe lub o wcześniejszych właścicielach.
16. **Pojazdy wolnobieżne** - pojazdy silnikowe, których konstrukcja ogranicza prędkość jazdy do 25 km/h, z wyłączeniem ciągników rolniczych.
17. **Powódź** - zalanie terenów w następstwie podniesienia się wody w korytach wód płynących i stojących lub podniesienie się poziomu morskich wód przybrzeżnych, za wyjątkiem przypływów.
18. **Pożar** - działanie ognia (płomieni), który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile.
19. **Przedsiębiorca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową.
20. **Przestępstwo** - czyn człowieka, zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, pod groźbą kary jako zbrodnia lub występek, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy, w stopniu wyższym niż znikomy.
21. **Przewłaszczenie na zabezpieczenie** - forma zabezpieczenia wierzytelności polegająca na przeniesieniu przez dłużnika prawa własności swojej rzeczy na wierzyciela, która może być dokonana w dwóch formach:
    a) dłużnik przenosi na wierzyciela własność swej rzeczy, a wierzyciel zobowiązuje się do przeniesienia własności tej rzeczy z powrotem na dłużnika po zaspokojeniu wierzytelności, często zobowiązując się do korzystania z rzeczy w ograniczonym umową zakresie - do powrotnego nabycia własności przez dłużnika konieczna jest dodatkowa umowa;
    b) dłużnik przenosi własność rzeczy ruchomej na wierzyciela pod warunkiem rozwiązującym, którym jest zaspokojenie wierzytelności - z tą chwilą własność rzeczy ruchomej automatycznie powraca do dłużnika.
22. **Punkt obsługi** - zakład naprawczy lub autoryzowana stacja obsługi pojazdów danej marki.
23. **Rajdy samochodowe** - dyscyplina sportu motorowego, polegająca na przejechaniu w specjalnie przygotowanym do tego celu samochodzie rajdowym wyznaczonej przez organizatora trasy w jak najkrótszym czasie.
24. **Samochód osobowy** - pojazd zarejestrowany jako pojazd osobowy oraz inny pojazd zarejestrowany jako pojazd ciężarowy lub ciężarowo-osobowy o ładowności do 850 kg.
25. **Stan nietrzeźwości** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3.
26. **Stan po spożyciu alkoholu** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3.
27. **Strajk** - zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na pewien czas w jednym lub kilku zakładach pracy, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego wraz z żądaniem zmian.
28. **Szkoda** - uszczerbek majątkowy powstały bezpośrednio wskutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
29. **Szkoda całkowita** - kradzież pojazdu lub szkoda, dla której koszty naprawy w zakresie wynikającym z protokołu z oględzin, wyliczone według cen nowych części oryginalnych producenta pojazdu (bez naliczania amortyzacji) i wymiaru koniecznej robocizny wskazanych w programie Audatex oraz cen robocizny w autoryzowanych przez producenta pojazdu zakładach naprawczych, określone przy tym z uwzględnieniem pozostającego do naliczenia podatku VAT, przekraczają 70% wartości rynkowej pojazdu w dniu zaistnienia szkody.
30. **Terroryzm** - 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.
31. **Udział własny** - kwota, o którą ERGO Hestia zmniejsza wypłacane łączne odszkodowanie dotyczące określonego zdarzenia.
32. **Urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą** - niezależny, samodzielny mechaniczny lub elektroniczny system zabezpieczenia przeciwkradzieżowego, posiadający ustaloną klasę skuteczności, który jest sprawny i trwale zamontowany przez stację obsługi, posiadającą autoryzację (licencję) producenta danego zabezpieczenia do montażu lub serwisowania zabezpieczeń antykradzieżowych lub stanowiący fabryczne wyposażenie pojazdu. W przypadku urządzeń zabezpieczających, nie stanowiących fabrycznego wyposażenia pojazdu oraz w odniesieniu do pojazdów zarejestrowanych po raz pierwszy poza RP, z wyjątkiem pojazdów fabrycznie nowych, fakt montażu

urządzenia oraz jego sprawność muszą być potwierdzone stosownym pisemnym zaświadczeniem wydanym przez licencjonowaną stację obsługi. W przypadku kontynuacji umowy w ERGO Hestii złożenie zaświadczenia nie jest wymagane, o ile zostało ono załączone w oryginale do wniosku o zawarcie wcześniejszej umowy. W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków nie uznaje się za urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą montowanych fabrycznie: zamków w drzwiach, mechanicznych i elektronicznych stacyjek, mechanicznych blokad kierownicy, systemów blokowania lewarka automatycznej skrzyni biegów.

33. **Wartość rynkowa pojazdu** - wartość ustalona na podstawie notowań rynkowych cen pojazdów danej marki i typu obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z uwzględnieniem cech indywidualnych, w szczególności: roku produkcji, wyposażenia, przebiegu i stanu technicznego pojazdu.
34. **Wybuch** - gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołana ich właściwością rozprzestrzeniania się; w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników warunkiem uznania zdarzenia za wybuch jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, że wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za wybuch uważa się również implozję polegającą na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym.
35. **Wyposażenie dodatkowe pojazdu** - urządzenia, które nie są montowane przez producenta w warunkach montażu fabrycznego lub generalnego importera pojazdu do Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na przepisy dotyczące zasad homologacji dla danej marki, typu, modelu w szczególności: sprzęt audiofoniczny i audiowizualny oraz sprzęt łączności telefonicznej (z wyłączeniem telefonów mobilnych) i radiotelefonicznej wraz z głośnikami i antenami, a także taksometry, bagażniki zewnętrzne, haki holownicze, spojlery i nakładki, napisy i naklejki reklamowe, a także foteliki służące do przewozu dzieci.
36. **Wyposażenie podstawowe pojazdu** - urządzenia, które są montowane przez producenta w warunkach montażu fabrycznego lub generalnego importera pojazdu do Rzeczypospolitej Polskiej ze względu na przepisy dotyczące zasad homologacji dla danej marki, typu, modelu oraz dodatkowo zabezpieczenia przeciwkradzieżowe, instalacje zasilania gazem i instalację hybrydową, tarcze kół ze stopów lekkich.
37. **Wyścig samochodowy** - rywalizacja zawodników lub zespołów z określonymi z góry przepisami, w której biorą udział zawodnicy ścigający się samochodami specjalnie przystosowanymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami dla danego typu wyścigu.
38. **Zamieszki** - gwałtowne demonstracje lub wrogie akcje skierowane przeciwko władzy, których celem jest zmiana istniejącego porządku prawnego.
39. **Zatopienie** - zanurzenie ubezpieczonego pojazdu w cieczy, które powoduje szkodę. Przez zatopienie nie uważa się zassania cieczy przez pracujący silnik pojazdu.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są określone w umowie pojazdy wraz z wyposażeniem podstawowym, z wyłączeniem pojazdów:
   a) wykonanych (złożonych) poza wytwórnią fabryczną (tzw. SAM-y, składaki),
   b) posiadających zagraniczne tablice rejestracyjne,
   c) o okresie eksploatacji ponad 12 lat,
   d) poddanych tuningowi innemu aniżeli fabryczny - w zakresie wykonanych przeróbek,
   e) rajdowych i wyścigowych.
2. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową może zostać objęte wyposażenie dodatkowe pojazdu.

Zakres ubezpieczenia

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest uszkodzenie, utrata lub całkowite zniszczenie pojazdu będącego przedmiotem ubezpieczenia lub jego części wraz z wyposażeniem podstawowym, na skutek wszystkich zdarzeń niezależnych od woli Ubezpieczonego i osoby upoważnionej do korzystania z pojazdu, z wyłączeniem kradzieży pojazdu lub jego części i z zastrzeżeniem wyłączeń wskazanych w §§ 11-12 oraz § 13.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również koszty wykonania badań technicznych po szkodzie objętej zakresem ubezpieczenia, o ile obowiązek przeprowadzenia badań nakładają przepisy prawa.

3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są bezpośrednie następstwa zniszczenia, uszkodzenia lub kradzieży tablic rejestracyjnych pojazdu w postaci kosztów ich odtworzenia, jak również koszt wydania nowego dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz naklejek rejestracyjnych, o ile miało to związek z zaistniałą szkodą.
4. Ochroną objęte są bezpośrednie następstwa utraty bądź zniszczenia kluczy, a także utrata przedmiotów innych niż wymienione, a które umożliwiają dorobienie kluczy (np. korki wlewu paliwa zamykane na ten sam klucz itp.) - w postaci kosztów odtworzenia tych przedmiotów, ochroną objęte są również wiążące się z tym niezbędne koszty wymiany zamków lub przekodowania zamków bądź zabezpieczeń przeciwkradzieżowych w ubezpieczonym pojeździe.
5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia powstałe w granicach geograficznych Europy oraz na terytorium Algierii, Maroka, Tunezji, Izraela i Iranu, z tym że na terytorium Białorusi, Mołdawii, Rosji i Ukrainy, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
   1) uszkodzenia pojazdu przez osoby trzecie,
   2) uszkodzenia zewnętrznej części pojazdu przez zwierzęta,
   3) uszkodzenia, utraty lub całkowitego zniszczenia pojazdu na skutek pożaru, wybuchu, zatopienia, nagłego działania innych sił przyrody oraz nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu,
   4) kradzieży pojazdu lub jego części.

Rozszerzenia zakresu ubezpieczenia

Ryzyko kradzieży

§ 6

1. Pojazdy określone w umowie ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek kradzieży pojazdu lub jego części pod warunkiem zainstalowania w pojeździe wymaganych przez ERGO Hestię urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą, zgodnie z § 9 poniżej.
2. Składka za ubezpieczenie autocasco wraz z ryzykiem kradzieży zostanie ustalona adekwatnie do zwiększonego ryzyka.

Klauzule dodatkowe

§ 7

1. Na wniosek Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony przez wprowadzenie do umowy ubezpieczenia poniższych klauzul fakultatywnych:

NUMER	NAZWA	TREŚĆ
K003	**Ukraina**	Włączenie do odpowiedzialności ERGO Hestii szkód powstałych wskutek kradzieży pojazdu lub jego części na terenie Ukrainy, z jednoczesnym wprowadzeniem udziału własnego w szkodach kradzieżowych w wysokości 5% sumy ubezpieczenia pojazdu.
K004	**Białoruś**	Włączenie do odpowiedzialności ERGO Hestii szkód powstałych wskutek kradzieży pojazdu lub jego części na terenie Białorusi, z jednoczesnym wprowadzeniem udziału własnego w szkodach powstałych wskutek kradzieży w wysokości 15% sumy ubezpieczenia pojazdu.
K005	**ZSRR**	Włączenie do odpowiedzialności ERGO Hestii szkód powstałych wskutek kradzieży pojazdu lub jego części na terenie Rosji, Ukrainy, Białorusi i Mołdawii, (w granicach geograficznych Europy) z jednoczesnym wprowadzeniem udziału własnego w szkodach powstałych wskutek kradzieży w wysokości 15% sumy ubezpieczenia pojazdu.
K009	**Gwarancja „12”**	ERGO Hestia, do celów ustalenia wysokości odszkodowania, przyjmie w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia za wartość rynkową pojazdu z dnia szkody całkowitej, przyjętą w umowie ubezpieczenia sumę ubezpieczenia o ile suma ta ustalona została w zgodzie z § 14 ust. 1 lub ust. 3 lub ust. 4 lub ust. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Autocasco.
K044	**Przewrócenie**	ERGO Hestia odpowiada za uszkodzenia lub całkowite zniszczenia w pojazdach ciężarowych samowyładowczych (wywrotkach) oraz specjalnych z ograniczeniem do śmieciarek i wozów asenizacyjnych powstałe wskutek przewrócenia się pojazdu podczas wykonywania czynności załadowczych i wyładowczych.

2. W przypadku zastosowania rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający opłaca składkę w odpowiednio zwiększonej wysokości.
3. Klauzulę K009 stosuje się wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia z wykupioną konsumpcją sumy ubezpieczenia.

Ograniczenia zakresu ubezpieczenia

§ 8

1. Na wniosek Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia może zostać ograniczony przez wprowadzenie do umowy ubezpieczenia:
   a) udziału własnego - ustalonego indywidualnie w drodze negocjacji,
   b) franszyzy integralnej - ustalonej indywidualnie w drodze negocjacji.
2. W przypadku zastosowania ograniczeń zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający opłaca składkę w odpowiednio zmniejszonej wysokości.

Zabezpieczenia pojazdu

§ 9

1. Samochody osobowe mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w § 6, o ile posiadają one co najmniej:
   1) **jedno** urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą - dla samochodów o wartości rynkowej określonej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia do **100.000 zł** (brutto),
   2) **dwa** urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą - dla samochodów o wartości rynkowej określonej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia powyżej **100.000 zł** (brutto).
2. **ERGO Hestia** może uzależnić objecie ochroną w zakresie ryzyka kradzieży pojazdu o wartości powyżej **300.000 zł** (brutto) od posiadania przez ten pojazd zamiast jednego z zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, o których mowa w ust. 1 - systemu lokalizacji i powiadamiania, o zasięgu działania nie mniejszym niż przyjęty w ubezpieczeniu autocasco zakres terytorialny, z opłaconym z góry za cały okres ubezpieczenia abonamentem za usługi monitoringu, uwzględniającym opcję ochrony i interwencji, rozumianej jako co najmniej automatyczne powiadomienie właściwej jednostki Policji przez operatora systemu.
3. Samochody ciężarowe o ładowności do 2,5 tony, samochody i przyczepy kempingowe, motocykle i motorowery mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w § 6, o ile posiadają one co najmniej **jedno** urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą.
4. Samochody ciężarowe o ładowności powyżej 2,5 tony, ciągniki siodłowe i autobusy o wartości rynkowej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przekraczającej **100.000 zł** (brutto) mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w § 6, o ile posiadają co najmniej jedno urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą.
5. Samochody specjalne, ciągniki rolnicze, kombajny o wartości rynkowej na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia przekraczającej **200.000 zł** (brutto) mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w § 6, o ile posiadają co najmniej jedno urządzenie zabezpieczające przed kradzieżą.

§ 10

1. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia ERGO Hestia uznaje zabezpieczenia zamontowane w pojazdach zgłaszanych do ubezpieczenia za wystarczające, o ile zabezpieczenia te są sprawne i zaopatrzone w nie pojazdy były w mijającym okresie ubezpieczone od ryzyka kradzieży, spełniając wymagania dotychczasowego Ubezpieczyciela w zakresie liczby i rodzaju zabezpieczeń. W takim przypadku nie mają zastosowania postanowienia § 9.
2. Przy likwidacji szkody kradzieżowej konieczne jest przedłożenie przez Ubezpieczonego dokumentu wystawionego przez dotychczasowego Ubezpieczyciela potwierdzającego ubezpieczenie danego pojazdu od kradzieży za okres poprzedzający zawarcie umowy w ERGO Hestii.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. ERGO Hestia nie odpowiada za szkody w materiałach pędnych.
2. ERGO Hestia nie odpowiada także za szkody:
   1) powstałe w czasie ruchu w pojazdach nie podlegających rejestracji lub nie posiadających ważnego badania technicznego, o ile stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody,
   2) powstałe wskutek kradzieży pojazdu lub jego części, jeżeli:
      a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie posiadał zainstalowanych urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą określonych w § 9 i § 10 ust. 1,
      b) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był zabezpieczony w sposób przewidziany w jego konstrukcji i nie były uruchomione wszystkie znajdujące się w pojeździe urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą określone w § 9 i § 10 ust. 1, chyba że został on utracony na skutek rozboju,
      c) klucze lub dokumenty pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub wysokość szkody, chyba że zostały one utracone wskutek rozboju,
      d) poszkodowany nie przedłożył ERGO Hestii dokumentów pojazdu, na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz wszystkich kluczy wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub wysokość szkody, chyba że pojazd został utracony wskutek rozboju,
      e) abonament za usługi monitoringu, o którym mowa w § 9 ust. 2 nie został opłacony za okres, w którym nastąpiła kradzież pojazdu,
   3) powstałe w wyniku awarii z wyjątkiem sytuacji, w następstwie których powstały szkody następcze w ubezpieczonym mieniu i nie będące przedmiotem odrębnego wyłączenia,
   4) polegające na utracie pojazdu wskutek przywłaszczenia,
   5) powstałe w wyniku długotrwałego oddziaływania czynnika chemicznego, wilgoci, temperatury lub procesów zachodzących wewnątrz ubezpieczonych przedmiotów, chyba że oddziaływanie takie było bezpośrednim następstwem nagłego i nieprzewidzianego zdarzenia objętego umową ubezpieczenia,
   6) powstałe w wyniku modyfikacji pojazdu, jego części lub wyposażenia wykraczających poza specyfikację producenta dla danej marki i modelu (w tym montaż instalacji gazowej) lub zabiegów konserwacyjnych,
   7) w postaci utraconych zysków oraz poniesionych strat wynikających z niemożności zrealizowania wskutek zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem zobowiązań lub umów,
   8) polegające na utracie przedmiotu ubezpieczenia na skutek zagubienia, sprzedaży, darowizny, zamiany, z wyjątkiem § 5 ust. 4,
   9) w pojazdach prototypowych rozumianych jako modele eksperymentalne opracowane przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów,
   10) polegające na uszkodzeniu spowodowanym samoistną przyczyną wewnętrzną, zużyciem eksploatacyjnym, błędem w montażu, zastosowaniu niewłaściwego paliwa, płynów i materiałów eksploatacyjnych oraz będących konsekwencją wadliwego doboru lub montażu i regulacji instalacji gazowej, z wyjątkiem sytuacji, w których w następstwie powyższych przyczyn powstały szkody następcze w ubezpieczonym mieniu i nie będące przedmiotem odrębnego wyłączenia,
   11) polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu ogumienia, chyba że powstały one wskutek działania osób trzecich lub powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części pojazdu, objętych ochroną ubezpieczeniową,
   12) powstałe wskutek przesunięcia się ładunku w pojeździe w związku z gwałtownym hamowaniem, przyspieszeniem lub uderzeniem w przeszkodę, osobę lub inny pojazd, za wyjątkiem sytuacji, gdzie tenże ładunek został prawidłowo zabezpieczony, w sposób uniemożliwiający jego przesunięcie,
   13) polegające na uszkodzeniu instalacji elektrycznej na skutek wystąpienia w niej zwarcia lub przeciążenia prądem wyższym od znamionowego dla tej instalacji, za wyjątkiem sytuacji, gdzie zwarcie doprowadza do pożaru,
   14) polegające na przewróceniu się pojazdu na skutek wjazdu na podłoże grząskie, niestabilne lub pochyłe, albo na skutek osunięcia się ziemi, a także podczas wykonywania czynności załadowczych i wyładowczych,
   15) polegające na samoistnym uszkodzeniu elementów pojazdu wskutek działania temperatury lub jej gwałtownej zmiany albo naprężeń wewnętrznych nadwozia pojazdu lub jego kabiny,
   16) polegające na zatarciu silnika, chyba że do zatarcia doszło w wyniku szkody objętej zakresem ubezpieczenia,
   17) będące następstwem korozji lub wad fabrycznych a także będące następstwem nienależycie przeprowadzonych wcześniejszych napraw.

§ 12

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód w pojazdach pochodzących z kradzieży lub innego przestępstwa, których własności Ubezpieczony nie nabył do dnia szkody.

§ 13

1. ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony lub Ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe wskutek:
   1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, trzęsienia ziemi, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę,
   2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego.
4. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są również szkody powstałe:
   1) jako następstwa użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem,
   2) podczas używania pojazdu, przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu , jako narzędzia przestępstwa, chyba, że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
   3) w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w pojazdach uczestniczących w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,
   4) w pojeździe, którego kierujący w chwili zdarzenia lub przybycia na miejsce zdarzenia jednostki policji znajdował się w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków, a także gdy kierujący pojazdem oddalił się z miejsca zdarzenia, jeżeli kierującym był właściciel pojazdu, osoba z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu,
   5) w pojeździe, którego kierujący w chwili zdarzenia nie posiadał uprawnień do kierowania pojazdem, wymaganych przez ustawę prawo o ruchu drogowym, jeżeli kierującym był właściciel pojazdu, osoba z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu,
   6) w pojeździe nielegalnie sprowadzonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   7) podczas użycia pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, w szczególności takich jak: paliwa, toksyczne substancje chemiczne lub gazy,
   8) podczas jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu jako rekwizytu,
   9) podczas użycia pojazdu do nauki jazdy,
   10) podczas wynajmowania pojazdu oraz w pojazdach udostępnianych jako pojazdy zastępcze na zasadach innych niż wynajem.
5. Za dopłatą dodatkowej składki, zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o szkody wskazane w ust. 4 pkt 7)-10) powyżej.

Suma ubezpieczenia

§ 14

1. W ubezpieczeniu pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia sumę ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczający. Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości rynkowej pojazdu z uwzględnieniem podatku VAT na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Sumę ubezpieczenia fabrycznie nowego pojazdu określonej marki zakupionego u autoryzowanego dealera zajmującego się zawodowo sprzedażą pojazdów tej marki, można zadeklarować także w wysokości równej kwocie określonej w fakturze sprzedaży tego pojazdu powiększonej o podatek VAT, bez uwzględnienia rabatu handlowego udzielonego przez sprzedawcę, jednak nie później niż w terminie jednego miesiąca od daty wystawienia faktury. Tak ustalona suma ubezpieczenia jest uznawana przez ERGO Hestię za wartość rynkową pojazdu przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia tego pojazdu pod warunkiem, że do dnia szkody przebieg pojazdu nie przekroczył 20.000 km i pojazd nie uległ wcześniej uszkodzeniu.

3. W przypadku braku możliwości określenia rzeczywistej wartości rynkowej pojazdu w oparciu o system „Eurotax” lub miesięcznik Info-Ekspert „Pojazdy samochodowe - wartości rynkowe“, Ubezpieczający w porozumieniu z ERGO Hestią może skorzystać z innego, wiarygodnego źródła specjalistycznego.
4. ERGO Hestia może przyjąć sumę ubezpieczenia podwyższoną lub obniżoną o wartość większą niż 10% od wartości określonej systemie „Eurotax” lub w miesięczniku Info - Ekspert „Pojazdy samochodowe - wartości rynkowe”, pod warunkiem dokonania wyceny pojazdu przez uprawnionego rzeczoznawcę w zakresie techniki samochodowej. Obowiązek przedstawienia takiej wyceny spoczywa na Ubezpieczającym.
5. Suma ubezpieczenia pojazdów nabytych w ramach indywidualnego importu i ubezpieczanych po raz pierwszy na terenie RP, ustalana jest na bazie wyceny uprawnionego rzeczoznawcy (koszt wyceny ponosi Ubezpieczający). Przy czym nie może ona być wyższa od wartości zakupu pojazdu (potwierdzonej fakturą) powiększonej o wartość podatku akcyzowego i ewentualnie zapłaconego cła.
6. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do odliczenia w całości podatku VAT naliczonego przy nabyciu pojazdu, suma ubezpieczenia może być określona bez uwzględniania podatku VAT.

§ 15

1. Suma ubezpieczenia stanowi górny limit odpowiedzialności ERGO Hestii.
2. Suma ubezpieczenia ulega każdorazowo zmniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania (konsumpcja sumy ubezpieczenia). W przypadku całkowitego wyczerpania sumy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia wygasa.
3. Za zgodą ERGO Hestii, Ubezpieczający, po wypłacie odszkodowania, może uzupełnić sumę ubezpieczenia do wartości rynkowej pojazdu przez złożenie pisemnego wniosku o przedmiotowe uzupełnienie, przedstawienie pojazdu do oględzin oraz opłacenie dodatkowej składki.
4. Za opłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może być zawarta bez stosowania konsumpcji sumy ubezpieczenia.

§ 16

1. Sumę ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego określa Ubezpieczający na podstawie cen detalicznych przedmiotów tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku, pomniejszonych o stopień zużycia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 4.
2. Sumę ubezpieczenia fabrycznie nowego wyposażenia dodatkowego można zadeklarować także w wysokości równej kwocie określonej w fakturze sprzedaży tego wyposażenia uwzględniającej podatek VAT, jednak nie później niż w terminie jednego miesiąca od daty wystawienia faktury.
3. Określona w umowie suma ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego powinna uwzględniać podatek VAT, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do odliczenia w całości podatku VAT naliczonego przy jego nabyciu, suma ubezpieczenia może być określona bez uwzględniania podatku VAT.
5. Suma ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego nie może być wyższa niż 20% sumy ubezpieczenia pojazdu, jednak nie więcej niż 20.000 zł (brutto).
6. Suma ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego ulega każdorazowo zmniejszeniu o kwotę wypłaconego odszkodowania (konsumpcja sumy ubezpieczenia). W przypadku całkowitego wyczerpania sumy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego wygasa.
7. Za zgodą ERGO Hestii, w sytuacji wskazanej w ust. 6, Ubezpieczający może uzupełnić sumę ubezpieczenia wyposażenia dodatkowego wypełniając nowy wniosek ubezpieczeniowy, w granicach określonych w ust. 5.
8. Za opłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia zostanie zawarta bez stosowania konsumpcji sumy ubezpieczenia.

Ustalenie rozmiaru szkody

§ 17

1. W przypadku szkody całkowitej w pojeździe Ergo Hestia ustala rozmiar szkody w kwocie równej wartości rynkowej pojazdu z dnia powstania szkody (gdzie wartość pojazdu jest nie wyższa niż ustalona w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia), z zastrzeżeniem postanowień §§ 21-26.
2. W przypadku szkody częściowej pojazdu ERGO Hestia ustala rozmiar szkody w kwocie odpowiadającej kosztom naprawy, wynikającej z zastosowania cen usług i części zamiennych obowiązujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w dniu ustalenia odszkodowania, z zastrzeżeniem postanowień §§ 18-24.
3. Rozmiar szkody częściowej, o której mowa w ust. 2, obejmuje koszty naprawy zgodne z zakresem uszkodzeń opisanych w protokole oględzin pojazdu (ocenie technicznej) sporządzonym przez ERGO Hestię lub na jej zlecenie.

§ 18

1. W przypadku ustalania wartości szkody w wariancie serwisowym na podstawie faktur sposób naprawy i wysokość jej kosztów powinny być uprzednio uzgodnione z ERGO Hestią w takim wypadku nie znajdzie zastosowania ograniczenie wysokości szkody wskazane w § 20 ust. 4.
2. W zależności od systemu ustalania rozmiaru szkody przyjętego w umowie ubezpieczenia, ustalenie rozmiaru szkody częściowej może nastąpić w wariancie kosztorysowym lub serwisowym, z zastrzeżeniem postanowień § 20 ust. 2.

§ 19

1. Z zastrzeżeniem § 42 ust. 4, w przypadku przyjęcia w umowie ubezpieczenia wariantu kosztorysowego, ustalenie rozmiaru szkody następuje na podstawie wyceny, dokonanej przez ERGO Hestię w oparciu o zasady zawarte w systemie Audatex, lub w przypadku braku danego pojazdu w tym systemie - zastosowanie ma system Eurotax, bez uwzględnienia podatku VAT, tzn. według:
   1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu i ujętych w systemie Audatex, lub w systemie Eurotax - w przypadku braku danego pojazdu w systemie Audatex,
   2) stawki roboczogodziny w wysokości 60 zł (netto) za prace blacharskie, mechaniczne i lakiernicze,
   3) zawartego w ocenie technicznej wykazu części (zespołów) zakwalifikowanych do wymiany, według średnich cen części sygnowanych marką alternatywną do marki producenta pojazdu (zamienników), oraz materiałów, zawartych w systemie Audatex, lub w systemie Eurotax - w przypadku braku danego pojazdu w systemie Audatex.
2. W przypadku braku w przywołanym systemie cen części sygnowanych marką alternatywną do marki producenta pojazdu (zamienników), do rozliczenia przyjmuje się zawarte w systemie Audatex, lub w przypadku braku danego pojazdu w tym systemie - w systemie Eurotax, ceny części pochodzących od producenta pojazdu (części oryginalne), pomniejszone o wskazane w poniższej tabeli zużycie eksploatacyjne, zależne od okresu eksploatacji pojazdu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3:

OKRES EKSPLOATACJI POJAZDU	ZUŻYCIE EKSPLOATACYJNE WYRAŻONE W PROCENTACH WARTOŚCI CZĘŚCI ZAKWALIFIKOWANYCH DO WYMIANY
Do 3 lat (włącznie)	20%
Czwarty rok	25%
Piąty rok	35%
Szósty rok	45%
Siódmy rok	50%
Ósmy rok	60%
Dziewiąty i dziesiąty rok	70%
Powyżej 10 lat	80%

3. Jeżeli w okresie eksploatacji pojazdu dokonano wymiany części, których wartość została udokumentowana oryginałami rachunków, wysokość zużycia eksploatacyjnego danych części ustalana jest indywidualnie przy uwzględnieniu okresu ich użytkowania.
4. Jeżeli ceny części zamiennych, ustalone w sposób opisany w ust. 1 pkt 3) (zamienniki) są wyższe od cen ustalonych zgodnie z ust. 2 (części oryginalne z amortyzacją), w ustalaniu rozmiaru szkody uwzględnia się niższą z wymienionych cen.

§ 20

1. W przypadku przyjęcia w umowie ubezpieczenia wariantu serwisowego ustalenie rozmiaru szkody i wypłata odszkodowania następuje po przedłożeniu faktur dokumentujących naprawę pojazdu według uprzednio uzgodnionych z ERGO Hestią kosztów i sposobu naprawy pojazdu przez zakład dokonujący tej naprawy, w oparciu o:
   1) normy czasowe producenta pojazdu ujęte w systemie Audatex, lub w przypadku braku danego pojazdu w tym systemie - w systemie Eurotax,
   2) średnią stawkę za 1 roboczogodzinę adekwatną dla warsztatu naprawczego,
   3) ceny części i materiałów producenta pojazdu ujęte w systemie Audatex, lub w przypadku braku danego pojazdu w tym systemie - w systemie Eurotax, nie więcej niż średnie ceny zalecane przez producenta pojazdu lub oficjalnego importera do stosowania przez ich sieć serwisową.
2. Na wniosek Ubezpieczonego, pomimo przyjęcia w umowie ubezpieczenia wariantu serwisowego, ERGO Hestia może dokonać ustalenia rozmiaru szkody i wypłaty bezspornej kwoty odszkodowania w oparciu o wariant kosztorysowy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Jeżeli całkowite koszty naprawy pojazdu przekraczają wartość ustaloną według wariantu kosztorysowego, ich uwzględnienie przy ustaleniu rozmiaru szkody (w tym również wysokości podatku VAT) wymaga przedłożenia przez Ubezpieczonego kompletu faktur dotyczących robocizny, części zamiennych i materiałów (w tym lakierniczych).
4. W razie udokumentowania fakturami naprawy pojazdu dokonanej bez uprzedniego uzgodnienia z ERGO Hestią zgodnie z § 18 ust. 1, koszty naprawy podlegają weryfikacji do kwoty nie większej niż 80 zł netto za 1 roboczogodzinę prac blacharskich, lakierniczych i mechanicznych. Natomiast ceny części zamiennych i materiałów (w tym lakierniczych) podlegają weryfikacji maksymalnie do wartości zawartych w systemie Audatex, pomniejszonych o wysokość zużycia eksploatacyjnego, o którym mowa w § 19 ust. 2.
5. Ustalenie rozmiaru szkody zawiera podatek VAT w przypadku, gdy suma ubezpieczenia została ustalona z uwzględnieniem podatku VAT i jednocześnie Ubezpieczony nie jest płatnikiem podatku VAT lub nie ma możliwości odliczenia tego podatku.

§ 21

1. Przy wymianie ogumienia, akumulatora i elementów układu wydechowego do ustalenia wysokości szkody przyjmuje się cenę nowego elementu, pomniejszoną o stopień jego zużycia określony w protokole oględzin.
2. W przypadku stwierdzenia w elementach zakwalifikowanych do wymiany wcześniejszych uszkodzeń lub napraw ERGO Hestia zastosuje potrącenia wynikające ze zużycia technicznego niezależnie od rynkowego ubytku wartości części.

§ 22

Rozmiar szkody w wyposażeniu dodatkowym pojazdu ustala się według cen detalicznych przedmiotów tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku, pomniejszonych o stopień zużycia do dnia szkody albo według wysokości kosztów naprawy; wysokość tych kosztów powinna być udokumentowana rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją poszkodowanego, który szkodę usunął własnymi siłami.

§ 23

1. ERGO Hestia zastrzega sobie prawo do sprawdzenia przed ustaleniem rozmiaru szkody zgodności dokonanej naprawy z zakresem i kwalifikacją w protokole oględzin oraz przedłożonymi rachunkami lub fakturami za naprawę.
2. W przypadku stwierdzenia niezgodności dokonanej naprawy z zakresem i kwalifikacją zawartą w protokole oględzin, ERGO Hestia ustala rozmiar szkody w oparciu o faktycznie wykonany zakres i sposób naprawy, jednak w zakresie nie większym, niż określony w protokole oględzin sporządzonym przed przystąpieniem do naprawy.

§ 24

1. Rozmiar szkody całkowitej zmniejsza się o wartość pozostałości tj. nieuszkodzonych bądź uszkodzonych w niewielkim stopniu i przedstawiających wartość użytkową i majątkową części lub zespołów pojazdu, a także całego pojazdu w stanie uszkodzonym, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku lub sprzedaży.
2. ERGO Hestia nie przejmuje pozostałości po szkodzie całkowitej.
3. Wartość pozostałości ustala się na podstawie aktualnych na dzień powstania szkody cen brutto dostępnych w miesięczniku Info Ekspert „Pojazdy samochodowe - wartości rynkowe", obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przy uwzględnieniu stopnia ich zużycia.
4. Na wniosek Ubezpieczonego, złożony w terminie do 30 dni od daty otrzymania decyzji o zakwalifikowaniu przez ERGO Hestię szkody jako całkowitej, ERGO Hestia udzieli pomocy w zbyciu pozostałości samochodu osobowego lub ciężarowego o ładowności nie przekraczającej 2500 kg, w maksymalnie 7 roku eksploatacji, poprzez wskazanie potencjalnego kupca wraz z jego danymi teleadresowymi oraz proponowaną ceną zakupu a wartość najwyższej zaoferowanej ceny będzie przyjęta do rozliczenia szkody.. Do czasu przedstawienia faktury sprzedaży za podaną w ofercie kwotę, wartość pozostałości zostanie powiększona o 10% ceny z oferty tytułem szacunkowej marży oferenta.

5. W przypadku, gdyby najwyższa zaoferowana cena była niższa od ustalonej przez ERGO Hestia wartości danych pozostałości po szkodzie całkowitej, ERGO Hestia dopłaci występującą różnicę po otrzymaniu odpowiedniego wniosku od Ubezpieczonego.
6. W przypadku, gdyby najwyższa zaoferowana cena była wyższa od ustalonej przez ERGO Hestia wartości danych pozostałości po szkodzie całkowitej, Ubezpieczony ma obowiązek zwrotu różnicy ERGO Hestii.
7. ERGO Hestia przekaże informacje określone w ust. 4-6 powyżej, w terminie maksymalnie 14 dni od daty otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 4 powyżej.
8. Informacja, o której mowa w ust. 7 powyżej, zawiera numer oferty, dane administratora giełdy, telefon kontaktowy, okres ważności oferty oraz zaoferowaną cenę na nabycie przedmiotowych pozostałości. Koszt odbioru pozostałości pokrywa w całości oferent. Ubezpieczony kontaktuje się bezpośrednio z oferentem. Oferent nie posiada żadnych danych właściciela pojazdu, jak również żadnych danych pozwalających na dokładną identyfikację pojazdu (numer rejestracyjny lub numer VIN).

§ 25

1. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody w granicach sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2-3.
2. W przypadku wprowadzenia do umowy franszyzy integralnej lub udziału własnego, w pierwszej kolejności stosuje się franszyzę integralną a wypłacane odszkodowanie pomniejszane jest o wartość udziału własnego określoną w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku ustalenia sumy ubezpieczenia w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu pomniejszonej o podatek VAT, odszkodowanie ustala się bez uwzględnienia podatku VAT, z zastrzeżeniem postanowień § 15.

§ 26

1. Niezależnie od odszkodowania ustalonego według zasad określonych w §§ 17-25 Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów:
   1) parkowania od momentu powstania szkody do czasu dokonania pierwszych oględzin przez ERGO Hestię, jednak nie więcej niż 500 zł (netto),
   2) holowania pojazdu z miejsca zdarzenia do miejsca zamieszkania lub siedziby firmy Ubezpieczonego bądź naprawy, jednak do kwoty nie większej niż 2.000 zł (netto).
2. Łączna wysokość kosztów wymienionych w ust. 1 nie może być wyższa niż 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie.
3. Zapisy ust. 1 pkt 2) nie dotyczą pojazdów zarejestrowanych jako osobowe oraz ciężarowe o ładowności do 2500 kg. oraz przyczep kempingowych.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 27

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku stanowiącego integralną część polisy, będącej potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej:
   1) imię i nazwisko lub nazwę oraz adres Ubezpieczającego (PESEL lub REGON i NIP oraz numer PKD),
   2) imię i nazwisko lub nazwę oraz adres Ubezpieczonego (PESEL lub REGON i NIP oraz numer PKD), jeżeli umowa została zawarta na cudzy rachunek,
   3) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
   4) zakres terytorialny ubezpieczenia,
   5) sumę ubezpieczenia i sposób jej ustalenia,
   6) sposób ustalania rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania,
   7) okres ubezpieczenia,
   8) dane o wyposażeniu pojazdu,
   9) informacje o zainstalowanych w pojeździe urządzeniach zabezpieczających przed kradzieżą,
   10) informację o liczbie kluczy,

11) informację o szkodowości w formie zaświadczenia od poprzednich Ubezpieczycieli, w ujęciu kwotowym i ilościowym, w podziale na ryzyko autocasco i ryzyko kradzieży, wraz ze wskazaniem okresu jakiego dotyczy oraz sposobu przedstawienia danych (polisowo lub księgowo) a także z podaniem liczby ubezpieczonych w danym okresie pojazdów.

3. ERGO Hestia może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka.

Zawarcie umowy na cudzy rachunek

§ 28

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
2. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem ERGO Hestii.
3. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ERGO Hestii wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ERGO Hestii może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ERGO Hestii, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
5. Ubezpieczony może żądać by ERGO Hestia udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 29

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo, na wniosek Ubezpieczającego i po opłaceniu dodatkowej zwyżki z tego tytułu może być rozłożona na raty. Terminy płatności rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa uwzględnia spadek wartości rynkowej pojazdu w czasie trwania okresu ubezpieczenia.

§ 30

1. Wysokość składki za ubezpieczenie pojazdu ustala się jako iloczyn sumy ubezpieczenia i wyrażonej w procentach stawki adekwatnej do ponoszonego przez ERGO Hestię ryzyka.
2. Przy ustalaniu wysokości stawki uwzględnia się:
   1) wartość pojazdu,
   2) markę, model i rodzaj pojazdu,
   3) strefę regionalną właściwą dla miejsca siedziby firmy Ubezpieczającego lub Korzystającego,
   4) rok produkcji pojazdu,
   5) przeznaczenie pojazdu,
   6) zakres ochrony,
   7) historię szkodową Ubezpieczającego lub Korzystającego.
3. Składki za ubezpieczenie pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco) z rozszerzeniem o ryzyko kradzieży, stanowiących flotę co najmniej 15 pojazdów mogą być ustalone w drodze negocjacji po dokonaniu oceny ryzyka przez ERGO Hestię.

§ 31

Wysokość składki za wyposażenie dodatkowe ustala się jako procent sumy ubezpieczenia w zależności od jego wartości.

§ 32

Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się zwyżkę za rozłożenie płatności składki na raty.

§ 33

Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości ubezpieczonego pojazdu lub wyposażenia dodatkowego, Ubezpieczający może zgłosić ten fakt ERGO Hestii i za jej zgodą dokonać podwyższenia sumy ubezpieczenia, opłacając dodatkową składkę.

§ 34

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.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ERGO Hestii

§ 35

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę i godzinę uzgodnioną przez strony umowy, wpisaną w polisie.
3. Umowa może zostać zawarta na okres jednego roku lub na okres krótszy od jednego roku (umowa krótkoterminowa).

§ 36

1. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3.
2. W przypadku, gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który udzielała ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez ERGO Hestię wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności ERGO Hestii tylko wtedy, gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki ERGO Hestia wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. W razie wyznaczenia terminu zapłaty składki lub pierwszej raty składki przed początkiem okresu ubezpieczenia, do skutków opóźnienia w zapłacie mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 1 i 3 powyżej.
5. 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 ERGO Hestii odpowiednią kwotą.
6. Za zapłatę składki lub raty składki, uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność ERGO Hestii kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 37

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które ERGO Hestia zapytywała 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 ERGO Hestię 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 ERGO Hestii wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które ERGO Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki, o których mowa w ust. 1-2 powyżej spoczywają zarówno na Ubezpieczonym jak i na Ubezpieczającym, chyba że ten pierwszy nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Sposób postępowania w razie zdarzenia

§ 38

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany jest:
   1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
   2) dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia przez ERGO Hestię praw oraz zobowiązany jest zabezpieczyć dochodzenie roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, w szczególności:
      a) wezwać policję gdy są ofiary w ludziach lub szkoda powstała w wyniku przestępstwa,
      b) w pozostałych przypadkach gdy nie wzywano policji, spisać oświadczenie ze sprawcą zdarzenia, w którym należy opisać okoliczności zdarzenia ze wskazaniem sprawcy, podać pełne dane obu uczestników oraz dopilnować podpisania się pod oświadczeniem przez obie strony.
2. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. ERGO Hestia 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.
4. Ponadto do obowiązków Ubezpieczonego należy:
   1) dostarczenie ERGO Hestii dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, w szczególności rachunków dotyczących kosztów objętych zakresem ubezpieczenia, w tym faktur źródłowych zakupu części,
   2) ustalenie, jeżeli jest to możliwe, danych innych uczestników zdarzenia oraz świadków, ustalenie również czy sprawca zdarzenia jest ubezpieczony i w jakim towarzystwie ubezpieczeniowym oraz jaki ma numer polisy stwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, a także sporządzenie pisemnego protokołu na okoliczność przyczyny powstania szkody,
   3) niezwłoczne, nie później niż w ciągu 24 godzin od wystąpienia zdarzenia lub powzięcia o nim informacji, powiadomienie miejscowej jednostki policji o kradzieży pojazdu, kradzieży kluczy, kradzieży dokumentów pojazdu lub każdej innej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa, jak również o każdym zdarzeniu powodującym poważną szkodę w ubezpieczonym mieniu, łącznie ze złożeniem wniosku o ściganie osób odpowiedzialnych za powstanie szkody,
   4) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody albo uzyskania o niej informacji, zawiadomienie ERGO Hestii o szkodzie za pośrednictwem Centrum Alarmowego pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub 58 555 6 555 lub 58 555 5 555,
   5) umożliwienie ERGO Hestii dokonania czynności mających na celu ustalenie okoliczności powstania szkody, jej rodzaju i rozmiaru, jak również udzielenie w tym zakresie wszelkich wyjaśnień oraz przedstawienie dowodów niezbędnych do prawidłowej likwidacji szkody,
   6) wypełnienie wszelkich wymaganych przez ERGO Hestię dokumentów, w szczególności druku zgłoszenia szkody, w którym należy opisać rzeczywisty przebieg zdarzenia i okoliczności powstania szkody,
   7) stosowanie się do zaleceń ERGO Hestii, udzielanie jej informacji i pełnomocnictw niezbędnych do prawidłowej likwidacji szkody.
5. Skutki braku zawiadomienia ERGO Hestii o wypadku nie następują, jeżeli ERGO Hestia w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymała wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jej wiadomości.
6. Ubezpieczony ma także obowiązek udostępnić inne dokumenty, które ERGO Hestia uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
7. ERGO Hestia zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

8. Ubezpieczony obowiązany jest do niezwłocznej wymiany wkładek zamków oraz przekodowania urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą pojazdu, aby nie mogły one być dezaktywowane zagubionymi lub skradzionymi kluczami. W przypadku niedopełnia powyższego obowiązku w wyniku rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej, ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności w przypadku kradzieży pojazdu lub kradzieży elementów jego wewnętrznego wyposażenia.

§ 39

Niezależnie od obowiązków określonych w § 38 ust. 1 i 4, do obowiązków Ubezpieczonego należy:

1) z zastrzeżeniem postanowień § 41, niedokonywanie w pojeździe żadnych zmian (za wyjątkiem wymiany zamków w przypadku określonym w § 38 ust. 8 powyżej) oraz nierozpoczynanie naprawy pojazdu bez uprzedniego przeprowadzenia oględzin przez przedstawiciela ERGO Hestii i uzyskania jego zgody - ERGO Hestia nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli jej przedstawiciel nie dokonał oględzin w ciągu 7 dni od zgłoszenia szkody lub od dnia wskazania miejsca postoju pojazdu do oględzin, w zależności od tego, która z tych dwóch dat jest późniejsza,
2) w przypadku kradzieży pojazdu - przedłożenie ERGO Hestii dokumentów potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację (w szczególności brief, dokument odprawy celnej, umowa sprzedaży, faktura zakupu, karta pojazdu (o ile została wydana), dowód rejestracyjny pojazdu, pozwolenie czasowe) oraz wszystkie komplety kluczy (w liczbie nie mniejszej niż podana we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem sprawnych urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą, chyba że pojazd został utracony na skutek rozboju.

§ 40

W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w § 37, § 38 ust. 1 i 4 oraz § 39 ERGO Hestia odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego, w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny zdarzenia, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania i pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z zaistniałym zdarzeniem.

§ 41

1. W przypadku powstania szkody poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Ubezpieczony obowiązany jest nie dokonywać żadnych zmian w uszkodzonym pojeździe i nie oddawać go do naprawy bez zgody ERGO Hestii lub jej przedstawiciela, poza naprawami niezbędnymi do kontynuowania bezpiecznej jazdy, których koszt nie przekracza równowartości 1.200 EUR (netto). Zwrot kosztów takiej naprawy następuje w kraju na podstawie oryginalnych, imiennych rachunków, z uwzględnieniem zakresu i wariantu zawartej umowy ubezpieczenia. Wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote według tabeli A lub tabeli B średniego kursu walut obcych w złotych ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu powstania szkody.
2. Jeżeli przeprowadzona za granicą bez zgody ERGO Hestii naprawa pojazdu nie dotyczy zakresu niezbędnego do kontynuowania bezpiecznej jazdy, a jej koszty są wyższe od kosztów podobnej naprawy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, to roszczenie o odszkodowanie przewyższające koszty naprawy na terenie RP nie będzie uznane przez ERGO Hestię. W przypadku uznania roszczenia odszkodowanie ustalane jest i wypłacane po powrocie do kraju, według cen obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Super uproszczona likwidacja

§ 42

1. W przypadku zgłoszenia szkody zgodnie z § 38 ust. 4 pkt 4) powyżej, Centrum Alarmowe, na podstawie przekazanych informacji może zaproponować uproszczony tryb likwidacji szkody (Super Uproszczona Likwidacja).
2. Centrum Alarmowe przekaże zgłaszającemu szkodę szczegółowe zasady postępowania w celu skorzystania z Super Uproszczonej Likwidacji szkód.
3. W przypadku skorzystania z Super Uproszczonej Likwidacji szkód, poszkodowany dokonuje na własny koszt naprawy uszkodzonego pojazdu w zakresie ustalonym z Centrum Alarmowym.
4. Niezależnie od wariantu zawartej umowy autocasco, wymagane jest przedłożenie szczegółowej faktury z warsztatu, dokumentującej dokonanie naprawy pojazdu.
5. ERGO Hestia zwraca poniesione i udokumentowane fakturami koszty naprawy pojazdu z uwzględnieniem wybranego zakresu ubezpieczenia oraz wysokości franszyz i udziałów własnych.

Wypłata odszkodowania

§ 43

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. ERGO Hestia wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 44

1. Odszkodowanie wypłacane jest Ubezpieczonemu lub osobie przez niego upoważnionej.
2. Za szkodę powstałą w pojeździe należącym do spadku odszkodowanie wypłaca się spadkobiercom po przedstawieniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku bądź potwierdzenia dziedziczenia.
3. Wypłata odszkodowania za utracony pojazd uzależniona jest od wyrejestrowania pojazdu i przeniesienia prawa własności pojazdu na rzecz ERGO Hestii.
4. W razie odzyskania pojazdu lub jego części ERGO Hestia na wniosek Ubezpieczonego może przenieść prawo własności pojazdu na jego rzecz, pod warunkiem zwrotu części lub całości wypłaconego odszkodowania.

§ 45

1. ERGO Hestia wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym powyżej w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii 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. Bezsporną część odszkodowania ERGO Hestia wypłaca jednakże w terminie określonym w ust. 1.
3. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ERGO Hestia informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania razem z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ERGO Hestię nie może być wyższa od poniesionej szkody.

§ 46

Jeżeli ten sam pojazd w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka w kilku zakładach ubezpieczeń na sumy ubezpieczenia, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Każdy z zakładów ubezpieczeń odpowiada do wysokości szkody w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

§ 47

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

Regres ubezpieczeniowy

§ 48

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na ERGO Hestię przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej, w rozumieniu § 3 ust. 10 odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przechodzi na ERGO Hestię, jeśli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.

3. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć ERGO Hestii wszelkie informacje i dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia przez ERGO Hestię praw, określonych w ust. 1 powyżej.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego bez zgody ERGO Hestii praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkody lub niespełnienia obowiązków wynikających § 38 ust. 4 pkt 2) oraz § 48 ust. 3 powyżej, ERGO Hestia może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a jeżeli odszkodowanie już wypłacono może żądać jego zwrotu.

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

§ 49

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30.05.2014 o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. W razie przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu, prawa z umowy ubezpieczenia nie mogą być przeniesione na nowego właściciela pojazdu. Stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia lub przeniesienia prawa własności przedmiotu ubezpieczenia na nowego właściciela pojazdu.
4. W przypadku wykupienia pojazdu z leasingu przez dotychczasowego Korzystającego, prawa z umowy ubezpieczenia zostaną przeniesione na Korzystającego, pod warunkiem uprzedniego zgłoszenia ERGO Hestii wykupienia pojazdu z leasingu wraz z wnioskiem o przeniesienie na Korzystającego praw z umowy ubezpieczenia, nie później niż w dniu wykupu tegoż pojazdu.
5. W razie przeniesienia praw, o których mowa w ust. 4 powyżej, na nabywcę przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia prawa własności przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
6. W przypadku przewłaszczenia na zabezpieczenie ubezpieczonego pojazdu, umowa ubezpieczenia nie rozwiązuje się, pod warunkiem zawiadomienia ERGO Hestii o tym fakcie nie później, niż w dniu tegoż przewłaszczenia.
7. Regulacji określonych w ust. 3-5 powyżej nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidywanego w umowie wypadku.

§ 50

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek określonego w § 49 odstąpienia lub przejścia własności pojazdu, na wniosek Ubezpieczającego następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.
2. W razie przejścia własności pojazdu wskazanego w § 49 ust. 3 wniosek o zwrot składki wymaga dodatkowo udokumentowania przejścia prawa własności pojazdu.
3. Niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od następnego dnia po rozwiązaniu umowy.

§ 51

W przypadku szkody całkowitej umowa ubezpieczenia w części dotyczącej tego pojazdu wygasa z dniem wystąpienia szkody całkowitej.

Postanowienia końcowe

§ 52

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii ERGO Hestii lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 53

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
   1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
      a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
      b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
      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, która zgłasza reklamację.
   4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
   5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
   6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
   1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 54

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
   1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
   2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą podać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

4. 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.

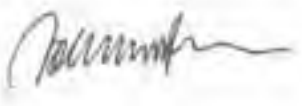
§ 55

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 1 października 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po tym dniu.

Piotr Maria Śliwicki

Prezes Zarządu

Adam Roman



Członek Zarządu

Załącznik nr 1 Ogólnych Warunków Kompleksowego Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

   W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;

3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;

4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.

6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:

   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;

   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;

   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;

   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;

   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;

   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.

9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

ANEKS NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW KOMPLEKSOWEGO UBEZPIECZENIA POJAZDÓW MECHANICZNYCH OD UTRATY, ZNISZCZENIA LUB USZKODZENIA (AUTOCASCO) DLA KLIENTA KORPORACYJNEGO Z DNIA 1 PAŹDZIERNIKA 2019 ROKU, ZATWIERDZONYCH PRZEZ ZARZĄD SOPOCKIEGO TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA S.A. UCHWAŁĄ NR 64/2018 Z DNIA 17 WRZEŚNIA 2018 ROKU.

§ 1

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Kompleksowego Ubezpieczenia Pojazdów Mechanicznych od Utraty, Zniszczenia lub Uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego (dalej „Ogólne Warunki Ubezpieczenia"):

a) w § 54 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodaje się ust. 5 o brzmieniu:
W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającą ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową - w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji - o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.

b) Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia otrzymuje brzmienie:

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową - w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie - bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;

2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;

3) reasekuracji ryzyk;

4) dochodzenia roszczeń;

5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora - w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym - w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;

7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;

8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;

9) analitycznych i statystycznych.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;

2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;

3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej);

4) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;

5) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.

6. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

7. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:

1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;

2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;

3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;

4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;

5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;

6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.

8. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 7 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

9. W przypadku, gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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 dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

10. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu | **Członek Zarządu**

Piotr Maria Śliwicki | **Adam Roman**

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

Pełne informacje podane są w **ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych** (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 473).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, uregulowane ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu, będącą następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź też utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia.

✓ Suma gwarancyjna w przypadku szkód na osobie wynosi 5 210 000 Euro w odniesieniu do jednego zdarzenia bez względu na liczbę poszkodowanych oraz w przypadku szkód w mieniu wynosi 1 050 000 Euro w odniesieniu do jednego zdarzenia bez względu na liczbę poszkodowanych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych nie obejmuje:

✗ odpowiedzialności cywilnej przewoźnika;

✗ odpowiedzialności za uszkodzenia pojazdu, którym została wyrządzona szkoda;

✗ szkód osobowych powstałe po stronie sprawcy szkody.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych nie obejmuje odpowiedzialności za:

! szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego posiadaczowi pojazdu mechanicznego; dotyczy to również sytuacji, w której posiadacz pojazdu mechanicznego, którym szkoda została wyrządzona, jest posiadaczem lub współposiadaczem pojazdu mechanicznego, w którym szkoda została wyrządzona; wyłączenie nie obejmuje szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy

przewłaszczone przez posiadaczy tych pojazdów na tego samego wierzyciela lub które są przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela;

! szkody wynikłe w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu, chyba że odpowiedzialność za powstałą szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż pojazd przewożący te przedmioty;

! szkody polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz

! szkody polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz na zasadzie wzajemności, również na terytorium państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

- Ubezpieczony, będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki;
- Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;
- Ubezpieczony będący posiadaczem pojazdu mechanicznego, który przeniósł prawo własności tego pojazdu, jest obowiązany do przekazania posiadaczowi, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu, potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz do powiadomienia na piśmie Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od dnia przeniesienia prawa własności pojazdu, o fakcie przeniesienia prawa własności tego pojazdu i o danych posiadacza, na którego przeniesiono prawo własności pojazdu, które obejmują: imię, nazwisko, adres zamieszkania i numer PESEL, o ile został nadany lub nazwę, siedzibę i numer REGON.

W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

- Ubezpieczony, będący osobą uczestnicząca w zdarzeniu jest obowiązany do przedsięwzięcia wszystkich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zdarzenia, starania się o złagodzenie skutków zdarzenia oraz zapewnienia pomocy lekarskiej poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczenia mienia osób poszkodowanych oraz do zapobieżenia, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody,

  w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
- Ubezpieczony, będący osobą uczestnicząca w zdarzeniu objęty ubezpieczeniem jest obowiązany do udzielenia pozostałym uczestnikom

  ubezpieczenia oraz do niezwłocznego powiadomienia o zdarzeniu Ubezpieczyciela, udzielając mu niezbędnych wyjaśnień i przekazując posiadane informacje;
- Ubezpieczony, będący osobą której odpowiedzialność jest objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, a także osoba występująca z roszczeniem, powinny przedstawić Ubezpieczycielowi posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić im ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód, jak również udzielić pomocy w dochodzeniu przez Ubezpieczyciela roszczeń przeciwko sprawcy szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika ubezpieczeniowego.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem wskazanych w przepisach prawa przypadków umożliwiających zawarcie umowy ubezpieczenia krótkoterminowego. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty. Jeżeli w umowie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wskaże późniejszy termin płatności składki lub jej pierwszej raty, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia.

Jak rozwiązać umowę?

1. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia należy złożyć Ubezpieczycielowi na piśmie.
2. Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie Ubezpieczyciela o jej wypowiedzeniu, uważa się, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy.
3. Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego w tym samym czasie jest ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta w trybie określonym w punkcie 2 powyżej, umowa zawarta w tym trybie może zostać przez niego wypowiedziana na piśmie.
4. Umowa ubezpieczenia OC ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że posiadacz, na którego przeszło lub zostało przeniesione prawo własności, wypowie ją na piśmie. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC, ulega ona rozwiązaniu z dniem jej wypowiedzenia.
5. W przypadku, gdy posiadacz utracił posiadanie tego pojazdu na rzecz właściciela umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, chyba że właściciel pojazdu mechanicznego wypowie ją na piśmie. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia OC, ulega ona rozwiązaniu z dniem jej wypowiedzenia.

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Wszystko o Ubezpieczeniu Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów** z dnia 24 września 2018 r. (kod: CBA-NNWK-01/18). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone ww. OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu/ów (grupa 1 ubezpieczenie wypadku z działu II załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia, wynikające z używania tego pojazdu.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje wypłatę świadczeń w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, w przypadku uszczerbku w wysokości 100%, w przypadku uszczerbku częściowego.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych poniesionych na terytorium Polski oraz zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów, a także zwrot udowodnionych kosztów leczenia, w przypadku, gdy były niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Polski.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje zasiłek dzienny z tytułu udokumentowanej czasowej, pełnej niezdolności do pracy lub nauki.
- ✓ Suma ubezpieczenia określana jest przez Ubezpieczającego w granicach od 5000 zł do 30 000 zł.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów nie obejmuje wypadków doznanych przez osoby objęte ochroną będących następstwem jakiejkolwiek choroby lub powstałych w związku z nią, o ile miało to wpływ na powstanie szkody.
- ✗ Zakresem ubezpieczenia nie jest objęte zadośćuczynienie lub psychicznym.
- ✗ Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów zakupu implantatów i implantacji.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! Wypłata świadczeń następuje w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku - jeżeli nastąpiła ona w okresie do dwóch lat od jego daty - 100 % określonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, w przypadku uszczerbku w wysokości 100 % - procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- ! Zasiłek dzienny, przysługuje od 10 dnia po wypadku udokumentowanej czasowej, pełnej niezdolności do pracy lub nauki, a jeżeli niezdolność do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie co najmniej 30 dni od pierwszego dnia po wypadku udokumentowanej czasowej pełnej niezdolności do pracy lub nauki.
- ! Zwrot udowodnionych kosztów leczenia, w przypadku, gdy były niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Polski, nie później, niż w okresie do dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.
- ! Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów pod warunkiem, że zostały poniesione nie później, niż w okresie do dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku - do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej, niż do kwoty 2000 zł.
- ! Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 zł na każdy ząb.
- ! Suma wypłaconych świadczeń dla wszystkich poszkodowanych jadących tym pojazdem, gdzie znajduje się więcej osób, niż jest to przewidziane w dowodzie rejestracyjnym, nie może przekroczyć iloczynu liczby miejsc i sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów ulega ograniczeniu w zakresie szkód doznanych przez osoby objęte ochroną:

- ! spowodowanych umyślnie przez kierującego pojazdem;
- ! spowodowanych przez kierującego pojazdem, który w chwili zdarzenia lub przyjazdu na miejsce zdarzenia jednostki policji był w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków, chyba, że nie miało to wpływu na powstanie szkody, a także, gdy kierujący pojazdem zbiegł z miejsca wypadku, jeżeli kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba, z która właściciel pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu, chyba, że nie miało to wpływu na ustalenie okoliczności lub wysokości szkody;

- spowodowanych przez prowadzącego pojazd mechaniczny bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, a także przez osobę, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inną osobę upoważnioną do użytkowania pojazdu, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody;
- powstałych w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez kierującego pojazdem przestępstwa;
- powstałych podczas rajdów, wyścigów, pokazów, konkursów lub innych imprez sportowych z udziałem pojazdu objętego umową ubezpieczenia;
- powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów oraz ataków terroryzmu i sabotażu, a także

  mienia przez władzę;
- powstałych w wyniku działań energii jądrowej, skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego;
- spowodowanych przez kierującego pojazdem prototypowym rozumianym, jako model eksperymentalny opracowany przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów obowiązuje na całym świecie.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

– Ubezpieczony, będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;

W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony:

– będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki;

– będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;

W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

– powiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości;

– dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania lub świadczenia;

– ustalić, jeśli to możliwe innych uczestników zdarzenia oraz świadków a także powiadomić policję o każdym zdarzeniu, które mogło powstać w wyniku przestępstwa lub wykroczenia oraz złożyć wniosek o ściganie osób odpowiedzialnych za powstanie szkody;

– stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela oraz udzielać informacji i pełnomocnictw w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika ubezpieczeniowego.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.Ochrona ubezpieczenia kończy się z upływem okresu, na który została zawarta.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 Ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów

KOD: CBA-NNWK-01/18

Spis treści

TABELA INFORMACYJNA REGULUJĄCA ZAGADNIENIA WYMIENIONE W ART. 17 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2015 R. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE 3

DEFINICJE 4

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA 5

RODZAJE ŚWIADCZEŃ 5

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 5

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK 6

SUMA UBEZPIECZENIA 6

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ 6

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ERGO HESTII 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO 7

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU 7

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA 7

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA 8

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA 8

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA 9

POSTANOWIENIA KOŃCOWE 9

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa ubezpieczenia	Numer jednostki redakcyjnej wzorca	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów	§ 4, § 5, § 6, § 8 ust. 1, § 8 ust. 4, § 21 ust. 3, § 23 ust. 1-2, § 25, § 30 ust. 2	§ 7, § 8 ust. 1-2, § 11, § 12, § 18 ust. 3, § 19 ust. 3, § 20 ust. 6, § 21 ust. 4, § 22, § 23 ust. 3, § 24 ust. 2-3, § 29

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dalej: „ERGO Hestia") w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, (dalej: „Ubezpieczający").
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, lub w innych pismach przed zawarciem tej umowy ubezpieczenia lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
3. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. Zwracamy uwagę, że definicje używanych pojęć mogą odbiegać od typowego, powszechnego ich znaczenia, jak też od definicji zawartych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

§ 2

1. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 5 555.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
2) w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód się wydarzyło w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.
W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody na cele inne niż wskazane powyżej będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne bądź biorące w nim udział oraz pośredników ubezpieczeniowych.
W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia.
W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
6) prawo do wycofania zgody bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w ustępie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

DEFINICJE

§ 3

Pojęcia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie określone w zamieszczonych poniżej definicjach.
1. **Koszty leczenia** - koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych, nie obejmują one kosztów rehabilitacji i transportu.
2. **Lokaut** - zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk.
3. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
4. **Osoba uprawniona** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego lub osoba określona w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia osoba fizyczna, uprawniona do odbioru świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
5. **Pojazd** - pojazd zarejestrowany na terytorium Polski zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym.
6. **Pojazd osobowy** - pojazd zarejestrowany jako pojazd osobowy, jak również pojazd terenowy, ciężarowo-osobowy, van oraz inny pojazd zarejestrowany jako pojazd ciężarowy, a posiadający nadwozie pojazdu osobowego, terenowego lub osobowego kombi.
7. **Przedsiębiorca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową.
8. **Przestępstwo** - czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia pod groźbą kary jako zbrodnia lub występek, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy.
9. **Stan nietrzeźwości** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg w 1 dm^3.
10. **Stan po spożyciu alkoholu** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg w 1 dm^3.
11. **Strajk** - zbiorowe, dobrowolne powstrzymywanie się pracowników od wykonywania pracy w celu rozwiązania sporu dotyczącego interesów, warunków pracy, płac lub świadczeń socjalnych oraz praw i wolności związkowych pracowników lub innych grup.
12. **Terroryzm** - 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. **Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na której rachunek Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, albo finansujący z umowy leasingu bądź wierzyciel, na którego rzecz dokonano przewłaszczenia pojazdu.
14. **Użytkowanie pojazdu**:
a) poruszanie się pojazdem po drogach publicznych od momentu wsiadania do wysiadania z uwzględnieniem chwilowego zatrzymania pojazdu na trasie jazdy;
b) czynności kierowcy lub pasażerów pojazdu mające na celu jego bieżącą obsługę, dokonywane w bezpośredniej bliskości pojazdu, do których zalicza się: pobieranie paliwa na stacji benzynowej, załadowywanie i wyładowywanie pojazdu, mycie i czyszczenie pojazdu oraz otwieranie i zamykanie drzwi pojazdu, a także bramy garażu lub posesji;
c) dokonywanie przez kierowcę lub pasażerów naprawy pojazdu na trasie jazdy, mające umożliwić kontynuowanie jazdy albo dojazd do najbliższego warsztatu lub stacji serwisowej.
15. **Zamieszki** - gwałtowne demonstracje lub wrogie akcje skierowane przeciwko władzy, których celem jest zmiana istniejącego porządku prawnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków kierowcy pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia, wynikające z użytkowania tego pojazdu.
2. Przedmiotem ubezpieczenia są również następstwa nieszczęśliwych wypadków pasażerów pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia wynikające z użytkowania tego pojazdu.

§ 5

Kierowca naprawiający pojazd wymieniony w umowie ubezpieczenia objęty jest ochroną ubezpieczeniową tylko w przypadku dokonywania napraw na trasie jazdy, mających na celu dojechanie do najbliższego warsztatu lub stacji serwisowej albo kontynuowania jazdy.

§ 6

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w § 7.

§ 7

1. Ubezpieczenie nie obejmuje nieszczęśliwych wypadków:
1) spowodowanych umyślnie przez kierującego pojazdem,
2) spowodowanych przez kierującego pojazdem, który w chwili zdarzenia lub przyjazdu na miejsce zdarzenia jednostki policji był w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody, a także, gdy kierujący pojazdem zbiegł z miejsca wypadku, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu, chyba że nie miało to wpływu na ustalenie okoliczności lub wysokości szkody,
3) spowodowanych przez kierującego prowadzącego pojazd mechaniczny bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, a także przez osobę, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inną osobę upoważnioną do użytkowania pojazdu, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody.
4) powstałych w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez kierującego pojazdem przestępstwa,
5) powstałych podczas rajdów, wyścigów, pokazów, konkursów lub innych imprez sportowych z udziałem pojazdu objętego umową ubezpieczenia,
6) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę,
7) powstałych w wyniku oddziaływania energii jądrowej, skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
8) spowodowanych przez kierującego pojazdem prototypowym rozumianym, jako model eksperymentalny opracowany przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów,
9) będących następstwem jakiejkolwiek choroby lub powstałych w związku z nią, o ile miało to wpływ na powstanie szkody.
2. Zakresem odpowiedzialności ERGO Hestii nie jest objęte zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną bólem i cierpieniem fizycznym lub psychicznym (ujemnymi uczuciami przeżywanymi w związku z cierpieniem fizycznym lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia bądź śmiercią Ubezpieczonego).

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. ERGO Hestia wypłaca następujące rodzaje świadczeń:
1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do dwóch lat od jego daty - 100% określonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia,
2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku:
a) w przypadku uszczerbku w wysokości 100% - pełną sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia,
b) w przypadku uszczerbku częściowego - procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu,
3) zasiłek dzienny, który przysługuje od 10 dnia po wypadku udokumentowanej czasowej, pełnej niezdolności do pracy lub nauki, a jeżeli niezdolność do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie co najmniej 30 dni od pierwszego dnia po wypadku udokumentowanej czasowej, pełnej niezdolności do pracy lub nauki,
4) zwrot udowodnionych kosztów leczenia, w przypadku, gdy były niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż po dwóch latach od daty nieszczęśliwego wypadku,
5) zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów - pod warunkiem, że zostały one poniesione nie później niż po dwóch latach od daty wypadku - do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż do kwoty 2000 zł brutto; zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 zł brutto na każdy ząb, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Łączna kwota świadczeń wskazanych w ust. 1 nie może być wyższa od ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia.
3. ERGO Hestia nie zwraca kosztów zakupu implantów i implantacji.
4. Koszty nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych. Muszą być również poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku, a potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa.
2. Wniosek powinien zawierać, co najmniej następujące dane:
1) nazwę i adres Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek,
2) dane pojazdu z określeniem liczby miejsc w pojeździe,

3) zakres ubezpieczenia,
4) sumę ubezpieczenia,
5) okres ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

§ 10

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ERGO Hestii wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ERGO Hestii może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ERGO Hestii, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. Ubezpieczony może żądać, by ERGO Hestia udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem ERGO Hestii.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Sumę ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczający w granicach określonych w ust. 2.
2. Suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 5000 zł i wyższa niż 30 000 zł (brutto).
3. Ubezpieczający może w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki podwyższyć sumę ubezpieczenia w granicach określonych w ust. 2.
4. Zadeklarowana suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ERGO Hestii w stosunku do każdego Ubezpieczonego.

§ 12

1. W przypadku, gdy w pojeździe znajduje się więcej osób, niż jest to przewidziane w dowodzie rejestracyjnym pojazdu, sumę ubezpieczenia przypadającą na każdą osobę ustala się w ten sposób, że sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia mnoży się przez liczbę miejsc w pojeździe, a następnie dzieli przez liczbę osób znajdujących się w pojeździe.
2. Suma wypłaconych świadczeń dla wszystkich poszkodowanych jadących tym pojazdem nie może przekroczyć iloczynu liczby miejsc i sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 13

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa może być płatna jednorazowo lub na wniosek Ubezpieczającego rozłożona na raty. Terminy płatności rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.

§ 14

1. Wysokość składki stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i stawki za ubezpieczenie określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki jest zależna od liczby miejsc w pojeździe osobowym, wskazanej w dowodzie rejestracyjnym.
3. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:
1) zniżki składki za ubezpieczenie większej liczby pojazdów,
2) zwyżki składki za ubezpieczenie motocykli i motorowerów.
4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się zniżkę za jednorazowe opłacenie składki lub zwyżkę za rozłożenie składki na raty.

§ 15

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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ERGO HESTII

§ 16

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rok.

§ 17

1. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia wypowiada umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żąda zapłaty składki za okres, przez który udzielała ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.

3. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ERGO Hestii tylko wtedy, gdy po tym terminie ERGO Hestia wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w podanej wysokości z zagrożeniem, że jej brak w ciągu 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. Jeżeli zapłata dokonywana jest przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, dzień zapłaty to dzień jej zlecenia w banku lub na poczcie - pod warunkiem, że przy płatności na rachunku Ubezpieczający posiadał wystarczające środki. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku ERGO Hestii odpowiednią kwotą.
5. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ERGO Hestii kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 18

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które ERGO Hestia zapytywała w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto znane mu okoliczności. W razie zawarcia przez ERGO Hestię umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać ERGO Hestii wszelkie zmiany okoliczności, wymienione w ust. 1, o które ERGO Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYSTĄPIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 19

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić ERGO Hestię o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości.
2. Powiadomienie może być dokonane:
1) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl lub
2) pod numerem telefonu: 801 107 107 lub 58 555 5 555.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku niezwłocznego zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, ERGO Hestia może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie tylko wtedy, gdy naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ERGO Hestii ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.

§ 20

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
1) dostarczyć ERGO Hestii dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym:
a) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej;
b) rachunki za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;
2) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku;
3) zwolnić lekarzy, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie ERGO Hestii dokumentacji z leczenia;
4) poddać się badaniu przez lekarzy lub ewentualnej obserwacji klinicznej;
5) umożliwić ERGO Hestii dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnić inne dokumenty niezbędne do prawidłowej likwidacji szkody.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona obowiązana jest dostarczyć do ERGO Hestii dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, w tym odpis aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo osoby uprawnionej z Ubezpieczonym.
4. ERGO Hestia ma prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć ERGO Hestii na własny koszt.
6. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w ust. 1-3, ERGO Hestia odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub części za szkodę powstałą z tego powodu, o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody, ustalenie przyczyny zdarzenia lub jego okoliczności oraz wysokości odszkodowania i pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z powstałą szkodą.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§ 21

1. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarza orzecznika powoływanego przez ERGO Hestię. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest nieszczęśliwy wypadek, w tym zaświadczenia o zakończeniu leczenia.
2. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i związku przyczynowego lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu wypadku. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia stopnia trwałego uszczerbku ponosi ERGO Hestia.

3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia - najpóźniej w 36 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje były już przed wypadkiem upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego wypadku, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po i przed wypadkiem.

§ 22

1. 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.
2. 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.

§ 23

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki wypłacany jest na podstawie właściwego zaświadczenia lekarskiego.
2. Zasiłek dzienny z tytułu pełnej niezdolności do pracy lub nauki wypłaca się w wysokości 1‰ ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia za każdy dzień niezdolności, jednak nie dłużej niż za 180 dni.
3. ERGO Hestii przysługuje prawo do odmowy wypłaty całości lub części świadczenia w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do pracy lub nauki Ubezpieczający wykonywał pracę zawodową lub uczęszczał na zajęcia szkolne.

§ 24

1. Koszty leczenia, koszty nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, koszty odbudowy stomatologicznej zębów zwracane są na podstawie rachunków.
2. Świadczenia określone w ust. 1 łącznie nie mogą przekroczyć 30% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
3. Z odszkodowania wypłacanego z tytułu kosztów leczenia ERGO Hestia potrąca udział własny Ubezpieczonego w wysokości 30%.

§ 25

ERGO Hestia zwraca Ubezpieczonemu koszty badań i opinii lekarskich wymaganych przez ERGO Hestię dla uzasadnienia roszczeń.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 26

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.

§ 27

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobie uprawnionej wyznaczonej imiennie przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 30.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 28

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do pracy lub nauki wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 29

Świadczenia, o których mowa w §§ 26-28, nie przysługują osobie uprawnionej, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

§ 30

1. Jeżeli do chwili śmierci Ubezpieczonego nie wyznaczył on osoby uprawnionej 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 spadkobiercom zmarłego - w częściach równych.
2. W razie braku osoby uprawnionej do przysługującego świadczenia, ERGO Hestia wypłaca - w granicach sumy ubezpieczenia - 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.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

§ 31

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. ERGO Hestia wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 32

1. ERGO Hestia wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii 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. Bezsporną część odszkodowania lub świadczenia ERGO Hestia wypłaca jednakże w terminie określonym w ust. 1.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 33

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 Ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć odstąpienie w sposób określony w § 37.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
6. W razie zbycia pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tych praw wymaga zgody ERGO Hestii.
7. W razie przeniesienia praw, o których mowa w ust. 6, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy. Pomimo przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
8. Jeżeli prawa, o których mowa w ust. 6, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
9. W przypadku przeniesienia własności pojazdu:
1) z leasingodawcy na leasingobiorcę,
2) z banku na kredytobiorcę,
umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, po przeniesieniu własności pojazdu Ubezpieczający ma możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na dzień doręczenia ERGO Hestii oświadczenia Ubezpieczającego.
10. Przepisów ust. 6-8 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku (np. odszkodowanie).
11. Przepisy ust. 6-8 mają zastosowanie również do innych niż zbycie form przeniesienia prawa własności pojazdu.
12. Stosunek ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą wyrejestrowania pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia.

§ 34

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu na skutek przyczyn określonych w § 34 następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 35a

(zapis obowiązujący do 30 września 2018 roku)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, który jest osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
1) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
5) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
5) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
2. Jednostka organizacyjna powołana przez Zarząd ERGO Hestii rozpatruje reklamacje.
3. Osoba, która złożyła reklamację, otrzyma odpowiedź w ciągu 30 dni od dnia jej złożenia na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają 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. Osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, która jest osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 35b

(zapis obowiązujący od 1 października 2018 roku)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
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, która zgłasza reklamację.

4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba ją składająca zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową:
1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 36

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Strony mają obowiązek wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii ERGO Hestii lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 37

W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia strony stosować będą powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 38

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.
3. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.
6. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią 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.

§ 39

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 24 września 2018 i obowiązują dla umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu

Adam Roman

Aneks do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń

§ 1

Niniejszym Aneksem wprowadza się, w wyszczególnionych poniżej Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. („OWU") następujące zmiany odpowiednio: paragrafu 1 lub paragrafu 2 OWU :

1) **§ 2 OWU:**
   a) Hestia 1 kod: C-H1-01/18
   b) Hestia 7 kod: C-H7-01/18
   c) Hestia 7 Assistance kod: C-H7A-01/18
   d) Autocasco kod: C-AC-01/18
   e) Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów kod: CBA-NNWK-01/18
   f) Hestia Car Assistance kod: CB-HCA-01/18
   g) Szyby Samochodowe kod: CBA-SZ-01/18
   h) Ochrona Utraty Zniżki OC kod: CB-OUZOC-01/18

   oraz
2) **§ 1 OWU:**
   a) Mój Dom kod: C-MD-01/18
   b) ERGO 1 kod: C-E1-01/18
   c) ERGO 7 pozakomunikacyjne kod: C-E7-PK-01/18
   d) ERGO 7 komunikacyjne kod: C-E7-K-01/18
   e) Moja Firma pozakomunikacyjna kod: C-MF-PK-01/18
   f) Moja Firma komunikacyjna kod: C-MF-K-01/18
   g) ERGO Podróż kod: C-EP-01/18
   h) Odpowiedzialność Cywilna Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym – Zielona Karta kod: CBAEI-ZK-02/18
3) Następują zmiany w § 1 w aneksie do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń ERGO Sport kod: C-ES-02/16

otrzymują następujące brzmienie:

1. W niniejszym dokumencie Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia") opisało warunki, na jakich Klient i ERGO Hestia zawierają umowę ubezpieczenia. Dokument wiąże również ubezpieczane osoby, jeżeli nie są one stroną umowy ubezpieczenia (Klientem).
2. W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.
3. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 55 55.
4. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
5. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;
   2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;
   3) reasekuracji ryzyk;
   4) dochodzenia roszczeń;
   5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/ Pana potrzeb;

AN/EHM/1910

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
9) analitycznych i statystycznych.

6. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:
   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;
   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;
   3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej); uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe, (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
   4) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
7. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.
8. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
10. W celu skorzystania z praw określonych w ustępie 9 należy skontaktować się z Administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
11. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
12. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Postanowienia zwarte w niniejszym Aneksie obowiązują i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zawieranych od dnia 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu **Członek Zarządu**

Piotr Maria Śliwicki **Adam Roman**

AN/EHM/1910

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Wszystko o Ubezpieczeniu Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym** z dnia 31 grudnia 2018 r. (KOD: CBAEI-ZK-02/18). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone ww. OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów, uregulowane ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, na terytorium państw, których biura narodowe są sygnatariuszami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Porozumienia Wielostronnego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

✓ Suma gwarancyjna nie może być niższa niż równowartość w złotych, ustalana przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu wyrządzenia szkody:

a) w przypadku szkód na osobie - 5 210 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych,

b) w przypadku szkód w mieniu - 1 050 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

✓ Odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego, określonych przez prawo miejsca zdarzenia, najwyżej jednak do limitów i w zakresie warunków przewidzianych w regulacjach prawnych państwa, na terytorium którego miało miejsce zdarzenie lub do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w umowie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych ruchu zagranicznym nie obejmuje:

✗ odpowiedzialności cywilnej przewoźnika;

✗ odpowiedzialności za uszkodzenia pojazdu, którym została wyrządzona szkoda;

✗ szkód osobowych powstałych po stronie sprawcy szkody.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym nie obejmuje odpowiedzialności za:

! skutki nie okazania dokumentów ubezpieczenia Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta) organom kontrolnym podczas wjazdu, przebywania i wyjazdu posiadacza lub kierowcy z terytorium państw wymienionych w dokumencie ubezpieczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, na terytorium państw, których biura narodowe są sygnatariuszami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Porozumienia Wielostronnego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki;

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

- Ubezpieczony, będący osobą uczestniczącą w zdarzeniu jest obowiązany do przedsięwzięcia wszystkich środków w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zdarzenia, starania się o złagodzenie skutków zdarzenia oraz zapewnienia pomocy lekarskiej poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczenia mienia osób poszkodowanych oraz do zapobieżenia, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody,

  w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
- Ubezpieczony, będący osobą uczestniczącą w zdarzeniu objęty ubezpieczeniem jest obowiązany do udzielenia pozostałym uczestnikom

  ubezpieczenia oraz do niezwłocznego powiadomienia o zdarzeniu zakładu ubezpieczeń, udzielając mu niezbędnych wyjaśnień i przekazując posiadane informacje;
- Ubezpieczony, będący osobą której odpowiedzialność jest objęta ubezpieczeniem obowiązkowym, a także osoba występująca z roszczeniem, powinny przedstawić zakładowi ubezpieczeń, Ubezpieczeniowemu Funduszowi Gwarancyjnemu lub Polskiemu Biuru Ubezpieczycieli Komunikacyjnych posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody oraz ułatwić im ustalenie okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód, jak również udzielić pomocy w dochodzeniu przez zakład ubezpieczeń, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny lub Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych roszczeń przeciwko sprawcy szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy lub krótszy. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wskazał późniejszy termin płatności składki lub jej pierwszej raty, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się z chwilą zawarcia umowy. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem okresu, na który została zawarta.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może od niej odstąpić w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy.

ERGO HESTIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym

CBAEI-ZK-02/18

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa ubezpieczenia	Numer jednostki redakcyjnej wzorca	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Odpowiedzialność Cywilna Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym	§ 2, § 3 ust. 1, § 3 ust. 5-7	§ 3 ust. 2-3, § 3 ust. 8, § 4, § 12 ust. 2, § 12 ust. 8, § 12 ust. 10, § 12 ust. 13, § 16

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, (dalej: „ERGO Hestia"), w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, (dalej: „Ubezpieczający").
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
3. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. Zwracamy uwagę, że definicje używanych pojęć mogą odbiegać od typowego, powszechnego ich znaczenia, jak też od definicji zawartych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
5. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
6. ERGO Hestia może żądać składki tylko od Ubezpieczającego, ale zarzut mający wpływ na jej odpowiedzialność może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
7. Ubezpieczony ma prawo żądać należnego świadczenia bezpośrednio od ERGO Hestii, chyba że strony uzgodniły inaczej. Uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
8. Ubezpieczony może żądać, by ERGO Hestia udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz o Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
9. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
10. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
11. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
12. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.
W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
13. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
14. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych.
W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.

15. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
16. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
17. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 16 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
18. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
19. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

Ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia OC w ruchu zagranicznym jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, na terytorium państw, których biura narodowe są sygnatariuszami w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Porozumienia Wielostronnego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

§ 3

1. Z ubezpieczenia OC w ruchu zagranicznym przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem zobowiązani są na podstawie prawa państwa, na terytorium którego nastąpiło zdarzenie, do odszkodowania za szkodę wyrządzoną osobom trzecim nie pozostającym w stosunku ubezpieczeniowym, tj. nie są Ubezpieczającym ani Ubezpieczonym, w związku z ruchem tego pojazdu.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4 odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego, określonych przez prawo miejsca zdarzenia, najwyżej jednak do limitów i w zakresie warunków przewidzianych w regulacjach prawnych państwa, na terytorium którego miało miejsce zdarzenie lub do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli suma gwarancyjna, przewidziana prawem miejsca zdarzenia, jest niższa od sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia, lub warunki przewidziane prawem miejsca zdarzenia mają węższy zakres niż warunki ustalone w umowie ubezpieczenia, ERGO Hestia pokrywa zobowiązanie, najwyżej jednak do sumy gwarancyjnej i w zakresie warunków określonych w dokumencie ubezpieczenia.
4. Jeżeli zarówno poszkodowany jak i posiadacz lub kierowca pojazdu mechanicznego są obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej oraz mają w Rzeczpospolitej Polskiej miejsce zamieszkania to do rozpatrywania roszczeń stosuje się prawo polskie, o ile prawo miejsca zdarzenia przewiduje taką właściwość lub jeżeli roszczenie zostało zgłoszone w Rzeczypospolitej Polskiej.
5. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, jeżeli szkoda wyrządzona została ruchem zespołu pojazdów, ubezpieczeniem OC w ruchu zagranicznym posiadacza pojazdu mechanicznego ciągnącego objęta jest szkoda spowodowana przyczepą, która:
1) złączona jest z pojazdem silnikowym,
2) odłączyła się od pojazdu silnikowego ciągnącego i jeszcze się toczyła.
6. O ile prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej ubezpieczeniem OC w ruchu zagranicznym posiadacza przyczepy objęta jest tylko szkoda spowodowana przyczepą, która:
1) nie jest złączona z pojazdem silnikowym ciągnącym, albo
2) odłączyła się od pojazdu silnikowego ciągnącego i przestała się toczyć.
7. Zasady określone w ust. 5 i 6 stosuje się również w razie złączenia pojazdów mechanicznych w celu holowania.
8. W przypadku zespołu pojazdów mechanicznych lub pojazdów mechanicznych złączonych w celu holowania, ubezpieczeniem OC posiadacza pojazdu mechanicznego nie jest objęta odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z ruchem:
1) pojazdu ciągnącego lub holującego - w przyczepie lub pojeździe holowanym oraz
2) przyczepy lub pojazdu holowanego - w pojeździe ciągnącym lub holującym.

SUMA GWARANCYJNA

§ 4

Suma gwarancyjna nie może być niższa niż równowartość w złotych, ustalana przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu wyrządzenia szkody:
a) w przypadku szkód na osobie - 5 210 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych,
b) w przypadku szkód w mieniu - 1 050 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem bez względu na liczbę poszkodowanych.

SPOSÓB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowę ubezpieczenia OC w ruchu zagranicznym zawiera się na wniosek posiadacza pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres wskazany przez posiadacza pojazdu, z zastrzeżeniem że okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 15 dni i dłuższy niż 12 miesięcy.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia ERGO Hestia potwierdza polisą oraz Międzynarodową Kartą Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta).
4. W przypadku utraty lub zniszczenia dokumentów ubezpieczenia wymienionych w ust. 3 ERGO Hestia wystawia, na pisemny wniosek posiadacza pojazdu lub osoby przez niego upoważnionej, nowe dokumenty ubezpieczenia na czas nie przekraczający okresu ubezpieczenia, który wynika z uprzednio zawartej umowy ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ERGO HESTII

§ 6

1. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia wypowiada umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żąda zapłaty składki za okres przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W braku wypowiedzenia umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ERGO Hestii, tylko wtedy gdy po tym terminie ERGO Hestia wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w podanej wysokości z zagrożeniem że jej brak w ciągu 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. Jeżeli zapłata dokonywana jest przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, dzień zapłaty to dzień złożenia zlecenia zapłaty w banku lub na poczcie - pod warunkiem, że przy płatności na rachunku Ubezpieczający posiadał wystarczające środki. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku ERGO Hestii odpowiednią kwotą.

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
1) z upływem okresu, na który została zawarta,
2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
3) z dniem przeniesienia prawa własności pojazdu,
4) z dniem wyrejestrowania pojazdu.
2. W tych przypadkach posiadacz pojazdu jest zobowiązany zwrócić ERGO Hestii kompletny oryginalny certyfikat Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zieloną Kartę) wydany zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3.

§ 8

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30.05.2014 o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć odstąpienie w sposób określony w § 15.

§ 9

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC w ruchu zagranicznym uległa rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia określonym w dokumencie ubezpieczenia, ERGO Hestia na wniosek posiadacza pojazdu dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, pod warunkiem udokumentowania podstaw rozwiązania umowy ubezpieczenia, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 2)-4).
2. Wysokość składki podlegającej zwrotowi oblicza się za okres:
1) w przypadku określonym w § 7 ust. 1 pkt 2) - od dnia następnego po złożeniu oświadczenia o odstąpieniu,
2) w przypadku określonym w § 7 ust. 1 pkt 3) - od dnia następnego po dniu przeniesienia prawa własności,
3) w przypadku określonym w § 7 ust. 1 pkt 4) - od dnia następnego po terminie wskazanym w dokumencie stanowiącym dowód wyrejestrowania pojazdu.

SPOSÓB USTALENIA I OPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 10

1. ERGO Hestia ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.

2. Składka ubezpieczeniowa może być płatna jednorazowo lub na wniosek Ubezpieczającego, rozłożona na raty. Terminy płatności rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
3. Rozłożenie płatności składki na raty jest możliwe pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia na okres powyżej 6 miesięcy.

§ 11

1. Składkę z tytułu ubezpieczenia OC w ruchu zagranicznym ustala się w zależności od rodzaju pojazdu, jego pojemności skokowej silnika lub ładowności.
2. Składka podstawowa jest ustaloną przez ERGO Hestię kwotą pieniężną dla danego rodzaju pojazdu o określonej pojemności skokowej silnika lub ładowności na wskazany w umowie ubezpieczenia okres ubezpieczenia.
3. Składkę należną ERGO Hestii oblicza się metodą iloczynową, stosując od składki podstawowej przysługujące Ubezpieczonemu zniżki lub zwyżki.
4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:
1) zwyżki składki za:
a) rozłożenie płatności składki na raty,
b) ubezpieczenie pojazdów przeznaczonych do nauki jazdy, zarobkowego wynajmu pojazdów, transportu towarów i ładunków niebezpiecznych, jazd próbnych, wyścigowych, rajdów, treningów, konkursów oraz używanych jako rekwizyt,
c) za międzynarodowy transport ładunków i międzynarodowy przewóz osób,
2) zniżki składki za płatność jednorazową.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 12

1. Kierujący pojazdem w ruchu zagranicznym zobowiązany jest posiadać dokumenty ubezpieczenia wymienione w § 5 ust. 3 niniejszych OWU i okazywać je na każde żądanie organów kontrolnych.
2. ERGO Hestia nie odpowiada za skutki nie okazania dokumentów ubezpieczenia Międzynarodowej Karty Ubezpieczenia Samochodowego (Zielona Karta) organom kontrolnym podczas wjazdu, przebywania i wyjazdu posiadacza lub kierowcy z terytorium państw wymienionych w dokumencie ubezpieczenia.
3. W razie wypadku kierujący pojazdem mechanicznym powinien:
1) przedsięwziąć odpowiednie środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa ruchu w miejscu wypadku, starać się o złagodzenie skutków wypadku oraz w miarę możliwości zapewnić udzielenie pomocy lekarskiej osobom poszkodowanym, jak również zabezpieczyć mienie osób poszkodowanych,
2) zapobiec, w miarę możliwości, zwiększeniu się szkody oraz starać się o zebranie dowodów pozwalających na ustalenie okoliczności wypadku oraz rodzaju i rozmiarów szkody,
3) udzielić osobom poszkodowanym niezbędnych informacji, koniecznych do identyfikacji zakładu ubezpieczeń, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia,
4) w razie zderzenia z innym pojazdem mechanicznym ustalić w miarę możliwości nazwę zakładu ubezpieczeń, z którym posiadacz pojazdu (inny uczestnik zdarzenia) zawarł umowę ubezpieczenia OC,
5) powiadomić policję o wypadku z ofiarami w ludziach oraz o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenia, że popełniono przestępstwo.
4. Posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są zobowiązani niezwłocznie po powstaniu szkody lub uzyskaniu o niej wiadomości powiadomić ERGO Hestię o wypadku pod numerem telefonu 801 107 107 lub 58 555 5 555 lub na piśmie, przedstawić okoliczności i posiadane dowody dotyczące wypadku i rozmiaru szkód.
5. W razie zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie do posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, zobowiązani są oni niezwłocznie powiadomić o tym ERGO Hestię dostarczając dokumenty dotyczące okoliczności wypadku i rozmiaru szkody.
6. Posiadacz lub kierujący pojazdem nie może bez zgody ERGO Hestii podejmować żadnych zobowiązań w stosunku do osób zgłaszających roszczenia ani też składać żadnych oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wypadek.
7. Jeżeli poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową przeciwko posiadaczowi lub kierującemu pojazdem mechanicznym, zobowiązani są oni niezwłocznie zawiadomić o tym ERGO Hestię. Na żądanie ERGO Hestii zobowiązani są oni również udzielić pełnomocnictwa procesowego osobie wskazanej przez ERGO Hestię.
8. Jeżeli prawo miejsca zdarzenia nie stanowi inaczej, bez zgody ERGO Hestii nie są pokrywane koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu cywilnym za posiadacza lub kierującego pojazdem.
9. Jeżeli przeciwko posiadaczowi lub kierowcy zostało wszczęte postępowanie karne lub administracyjne, posiadacz lub kierowca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym ERGO Hestię.
10. ERGO Hestia nie pokrywa kosztów ustanowienia obrońcy w postępowaniu karnym prowadzonym przeciwko posiadaczowi lub kierowcy pojazdu, a także jakichkolwiek kar pieniężnych i grzywien lub innych obowiązkowych płatności nałożonych na posiadacza lub kierowcę pojazdu.
11. Posiadacz pojazdu zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić ERGO Hestię o przeniesieniu prawa własności pojazdu oraz podać dane posiadacza, na którego przeniesiono to prawo własności.
12. Dane posiadacza, o którym mowa w ust. 11 obejmują:
1) imię i nazwisko, adres zamieszkania i PESEL, o ile został nadany, lub
2) nazwę, siedzibę i REGON.
13. Jeżeli Ubezpieczony, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie dopełni obowiązków wymienionych w ust. 1-3, w ust. 5-7 oraz ust. 9, ERGO Hestia odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub części za szkodę powstałą z tego powodu - o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody, ustalenie przyczyny zdarzenia lub jego okoliczności oraz wysokości odszkodowania i pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z powstałą szkodą.

PRAWA I OBOWIĄZKI ERGO HESTII

§ 13

W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, ERGO Hestia pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o otrzymaniu tegoż zawiadomienia oraz informuje, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ERGO HESTII I WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 14

1. ERGO Hestia wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z powstaniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności albo wysokości odszkodowania w terminie wskazanym w ust. 1 było niemożliwe, odszkodowanie powinno zostać wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli w terminach określonych w umowie ubezpieczenia ERGO Hestia nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część odszkodowania wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.
4. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ERGO Hestia informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
5. Kwota pieniężna wypłacona przez ERGO Hestię nie może być wyższa od poniesionej szkody.

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 15

1. Zawiadomienia i oświadczenia, które w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony umowy, powinny być dokonywane na piśmie i doręczane za pokwitowaniem lub przesyłane listem poleconym, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Strony mają obowiązek wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że ich zawiadomienia i oświadczenia mogą być dostarczone także pocztą elektroniczną, SMS-em, faksem lub telefonicznie na adresy lub numery telefonów wskazane w umowie ubezpieczenia. Dostarczenie zaświadczeń i oświadczeń w tych formach może zostać wprowadzone w każdym czasie - na wniosek lub za zgodą stron.

ROSZCZENIA ZWROTNE

§ 16

1. ERGO Hestii przysługuje uprawnienie dochodzenia od kierowcy pojazdu mechanicznego zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeżeli kierujący:
1) wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;
4) zbiegł z miejsca zdarzenia, o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia lub wysokości szkody.
2. Uprawnienie ERGO Hestii do dochodzenia zwrotu wypłaconego odszkodowania przysługuje również wówczas, gdy posiadaczowi lub kierującemu pojazdem udowodniono sfałszowanie dokumentu ubezpieczenia.
3. Stan nietrzeźwości lub stan po użyciu alkoholu kierującego pojazdem, fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zdarzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.
3. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.
6. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią 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.

§ 18

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.

2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
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, która zgłasza reklamację.
4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 19

Niniejsze OWU wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2018 roku i mają zastosowanie dla umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu	Członek Zarządu
Piotr Maria Śliwicki	Adam Roman

Aneks do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń

§ 1

Niniejszym Aneksem wprowadza się, w wyszczególnionych poniżej Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. („OWU") następujące zmiany odpowiednio: paragrafu 1 lub paragrafu 2 OWU :

1) **§ 2 OWU:**
   a) Hestia 1 kod: C-H1-01/18
   b) Hestia 7 kod: C-H7-01/18
   c) Hestia 7 Assistance kod: C-H7A-01/18
   d) Autocasco kod: C-AC-01/18
   e) Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów kod: CBA-NNWK-01/18
   f) Hestia Car Assistance kod: CB-HCA-01/18
   g) Szyby Samochodowe kod: CBA-SZ-01/18
   h) Ochrona Utraty Zniżki OC kod: CB-OUZOC-01/18

   oraz
2) **§ 1 OWU:**
   a) Mój Dom kod: C-MD-01/18
   b) ERGO 1 kod: C-E1-01/18
   c) ERGO 7 pozakomunikacyjne kod: C-E7-PK-01/18
   d) ERGO 7 komunikacyjne kod: C-E7-K-01/18
   e) Moja Firma pozakomunikacyjna kod: C-MF-PK-01/18
   f) Moja Firma komunikacyjna kod: C-MF-K-01/18
   g) ERGO Podróż kod: C-EP-01/18
   h) Odpowiedzialność Cywilna Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym – Zielona Karta kod: CBAEI-ZK-02/18
3) Następują zmiany w § 1 w aneksie do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń ERGO Sport kod: C-ES-02/16

otrzymują następujące brzmienie:

1. W niniejszym dokumencie Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia") opisało warunki, na jakich Klient i ERGO Hestia zawierają umowę ubezpieczenia. Dokument wiąże również ubezpieczane osoby, jeżeli nie są one stroną umowy ubezpieczenia (Klientem).
2. W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.
3. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 55 55.
4. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
5. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;
   2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;
   3) reasekuracji ryzyk;
   4) dochodzenia roszczeń;
   5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/ Pana potrzeb;

AN/EHM/1910

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
9) analitycznych i statystycznych.

6. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:
   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;
   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;
   3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej); uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe, (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
   4) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
7. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.
8. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
10. W celu skorzystania z praw określonych w ustępie 9 należy skontaktować się z Administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
11. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
12. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Postanowienia zwarte w niniejszym Aneksie obowiązują i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zawieranych od dnia 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu **Członek Zarządu**

Piotr Maria Śliwicki **Adam Roman**

AN/EHM/1910

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Wszystko o Ubezpieczeniu Szyb Samochodowych

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Szyb Samochodowych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Szyb Samochodowych

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szyb Samochodowych** z dnia 24 września 2018 r. (kod: CBA-SZ-01/18). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone ww. OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie szyb samochodu/ów od zniszczenia lub uszkodzenia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów naprawy albo wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby czołowej, szyby tylnej lub szyb bocznych pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia we wskazanym przez Ubezpieczyciela punkcie obsługi przy użyciu części alternatywnych wskutek zderzenia się pojazdów, nagłego zetknięcia się pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami z zewnątrz pojazdu, wandalizmu, zderzenia się sprzętu sportowego przewożonego na bagażniku zewnętrznym z przedmiotami z zewnątrz pojazdu, pożaru, wybuchu, zatopienia oraz nagłego działania siły przyrody, nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje zwrot poniesionych kosztów parkowania pojazdu w miejscu strzeżonym w przypadku, gdy dokonanie naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby lub szyb przez punkt obsługi nie będzie możliwe w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia szkody.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów holowania pojazdu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w sytuacji, gdy pojazd z powodu uszkodzenia szyby nie może bezpiecznie kontynuować jazdy do najbliższego punktu obsługi lub w przypadku, gdy dokonanie naprawy lub wymiany uszkodzonej lub zniszczonej szyby lub szyb przez punkt obsługi nie będzie możliwe w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia szkody do miejsca strzeżonego znajdującego się najbliżej punktu obsługi.
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów holowania poniesionych samodzielnie przez Ubezpieczonego.
- ✓ Suma ubezpieczenia wynosi 5000 zł.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie szyb samochodowych nie obejmuje szkód:

- ✗ powstałych w czasie ruchu w pojazdach niezarejestrowanych, o ile zgodnie z prawem istniał obowiązek rejestracji;
- ✗ w pojeździe nielegalnie wprowadzonym na terytorium Polski;
- ✗ w elementach pojazdu, które nie są elementem konstrukcyjnym szyby, w tym folii antywłamaniowych i przyciemniających, listew ozdobnych i osłonowych;
- ✗ w szybach posiadających wcześniejsze nienaprawione uszkodzenia;
- ✗ spowodowanych przez kierującego pojazdem prototypowym rozumianym jako model eksperymentalny opracowany przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! W szkodach polegających na wymianie szyby czołowej udział własny ubezpieczonego wynosi 50 zł.

Ubezpieczenie szyb samochodowych ulega ograniczeniu w zakresie szkód:

- ! powstałych w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub policji, a także w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg;
- ! powstałych wskutek samoczynnego stoczenia się pojazdu;
- ! wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczonego lub przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym a także jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę w skutek rażącego niedbalstwa;
- ! gdy kierujący w chwili zdarzenia lub przybycia na miejsce zdarzenia jednostki policji znajdował się w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub leków o podobnym działaniu; zbiegł z miejsca zdarzenia, jeżeli tym kierującym była właściciel pojazdu, a także osoba, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu; w chwili zdarzenia nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona przez właściciela do użytkowania pojazdu chyba, że nie miało to wpływu na powstanie szkody;
- ! powstałych wskutek przywłaszczenia pojazdu przez osobę trzecią;
- ! podczas używania pojazdu przez Ubezpieczonego lub upoważnionego kierującego jako narzędzia przestępstwa, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody;
- ! powstałych jako następstwa użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem;
- ! powstałych podczas załadowywania i rozładowywania ładunku lub bagażu oraz przez załadowany lub przewożony ładunek lub bagaż (nie dotyczy szkód powstałych na skutek zderzenia się sprzętu sportowego przewożonego na bagażniku zewnętrznym z przedmiotami z zewnątrz pojazdu);

- powstałych wskutek następujących osobnych przypadków: działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu , nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę oraz powstałe wskutek działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego; osunięcia się ziemi, zapadania się ziemi, trzęsienia ziemi, upadku drzewa lub masztu - w następstwie działalności ludzkiej;
- w pojazdach nieposiadających ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
- podczas jazd próbnych; rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu jako rekwizytu lub eksponatu;
- powstałych wskutek używania pojazd do transportu paliw, toksycznych substancji chemicznych lub gazów;
- powstałych podczas użycia pojazdu do nauki jazdy;
- podczas wynajmowania pojazdu oraz w pojazdach udostępnianych jako pojazdy zastępcze na zasadach innych niż wynajem;
- w pojazdach pochodzących z kradzieży lub innego przestępstwa oraz takich, których własności Ubezpieczony nie nabył do dnia powstania szkody, chyba, że właściciel wyraził zgodę na wypłatę odszkodowania na rzecz Ubezpieczonego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie szyb samochodowych obowiązuje na terytorium Polski.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

– Ubezpieczony, będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek;

W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony:

– będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki;

– będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;

W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

– powiadomić Ubezpieczyciela o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości;

– dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania;

– stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela oraz udzielać informacji i pełnomocnictw w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody;

– nie dokonywać w pojeździe żadnych zmian oraz nie rozpoczynać naprawy szyb bez zgody przedstawiciela;

– zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę;

– użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem okresu, na który została zawarta lub z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może odstąpić od niej w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta, o ile jest to termin późniejszy.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Szyb Samochodowych

KOD: CBA-SZ-01/18

Spis treści

TABELA INFORMACYJNA REGULUJĄCA ZAGADNIENIA WYMIENIONE W ART. 17 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2015 R. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ 2

UMOWA UBEZPIECZENIA 3

DEFINICJE 4

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA 4

ZAKRES UBEZPIECZENIA 5

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 5

UDZIAŁ WŁASNY 6

SUMA UBEZPIECZENIA 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO 6

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU 6

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA 6

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 6

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK 7

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ 7

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ERGO HESTII 7

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA 7

REGRES UBEZPIECZENIOWY 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE 8

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Szyb Samochodowych postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa ubezpieczenia	Numer jednostki redakcyjnej wzorca	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Szyby Samochodowe	§ 4, § 5 ust. 1, § 5 ust. 3, § 5 ust. 5, § 6, § 13 ust. 6	§ 5 ust. 2-3, § 5 ust. 5, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12 ust. 3, § 13 ust. 3, § 14 ust. 5, § 25 ust. 4

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (dalej: „ERGO Hestia") w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia szyb samochodowych z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, (dalej: „Ubezpieczający").
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
3. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. Zwracamy uwagę, że definicje używanych pojęć mogą odbiegać od typowego, powszechnego ich znaczenia, jak też od definicji zawartych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

§ 2

1. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 5 555.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
2) w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód się wydarzyło w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.
W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody na cele inne niż wskazane powyżej będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne bądź biorące w nim udział oraz pośredników ubezpieczeniowych.
W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;

4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
6) prawo do wycofania zgody bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w ustępie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

DEFINICJE

§ 3

Pojęcia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie określone w definicjach zamieszczonych poniżej:
1. **Centrum Alarmowe** - organizator usługi Assistance w imieniu ERGO Hestii.
2. **Części alternatywne** - części, których producent zaświadcza, że są one tej samej jakości, co oryginalne komponenty dla danego typu pojazdów
3. **Miejsce strzeżone** - miejsce pozostające pod stałym dozorem osób zajmujących się ochroną mienia.
4. **Osoby trzecie** - wszystkie podmioty pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia wynikającym z umowy ubezpieczenia zawartej z ERGO Hestią.
5. **Pojazd** - pojazd zarejestrowany na terytorium Polski zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym.
6. **Przestępstwo** - czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia pod groźbą kary jako zbrodnia lub występek, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy
7. **Przywłaszczenie** - rozporządzenie jak swoją cudzą rzeczą ruchomą lub cudzym prawem majątkowym, które już uprzednio znajdowały się w posiadaniu przywłaszczającego.
8. **Punkt obsługi** - zakład naprawczy uprawniony przez ERGO Hestię do wykonania naprawy lub wymiany szyby na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
9. **Samochód osobowy** - pojazd zarejestrowany jako pojazd osobowy, ciężarowo- osobowy oraz inny pojazd zarejestrowany jako pojazd ciężarowy o ładowności do 850 kg.
10. **Szkoda** - uszkodzenie lub zniszczenie szyby pojazdu bezpośrednio wskutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
11. **Ubezpieczony** - osoba, na której rachunek Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia albo finansujący z umowy leasingu bądź wierzyciel, na którego rzecz dokonano przewłaszczenia pojazdu.
12. **Udział własny** - kwota, o którą ERGO Hestia zmniejsza wypłacane łączne odszkodowanie dotyczące określonego wypadku.
13. **Wandalizm** - umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia przez osoby trzecie.
14. **Wypadek** - zdarzenie przyszłe i niepewne, niezależne od woli Ubezpieczonego:
1) zderzenie się pojazdów;
2) uszkodzenie pojazdu spowodowane nagłym zetknięciem się pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami z zewnątrz pojazdu;
3) wandalizm;
4) uszkodzenie pojazdu przez sprzęt sportowy przewożony na bagażniku zewnętrznym w wyniku zderzenia się tego sprzętu sportowego z przedmiotami z zewnątrz pojazdu;
5) pożar, wybuch, zatopienie oraz nagłe działanie sił przyrody;
6) nagłe działanie czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest organizowanie i pokrywanie kosztów wymiany szyby czołowej, szyby tylnej oraz szyb bocznych pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia, którego szyby zostały objęte ochroną na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 5

W Ubezpieczeniu Szyb Samochodowych:
1) ERGO Hestia zapewnia naprawę albo wymianę zniszczonej lub uszkodzonej szyby, jeżeli szyba czołowa, szyba tylna lub szyba boczna pojazdu, wymienionego w umowie ubezpieczenia ulegnie uszkodzeniu bądź zniszczeniu. Usługa jest realizowana za pośrednictwem wskazanego przez ERGO Hestię punktu obsługi;
2) ochroną objęte są szyby od uszkodzenia lub zniszczenia powstałego w Polsce wskutek wszystkich zdarzeń, które nie zostały wyłączone w tym dokumencie;
3) przy wymianie lub naprawie szyby stosuje się części alternatywne;
4) jeśli części alternatywne są niedostępne, usługa realizowana jest przy użyciu części oryginalnych;
5) jeśli pojazd ulegnie zniszczeniu uniemożliwiającemu wykonanie naprawy lub wymianę szyby ERGO Hestia wypłaci Ubezpieczonemu równowartość wymiany uszkodzonej szyby w wysokości kosztów zakupu części alternatywnych z dnia powstania szkody;

6) ERGO Hestia zwraca poniesione koszty parkowania pojazdu na parkingu strzeżonym do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, jeżeli naprawa lub wymiana szyby w punkcie obsługi nie będzie możliwa w ciągu 24 godzin od zgłoszenia szkody. Koszty zwracane są do kwoty nie wyższej niż 300 zł (brutto);
7) jeśli z powodu uszkodzenia szyby nie można bezpiecznie kontynuować jazdy, ERGO Hestia zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu na terytorium Polski do najbliższego punktu obsługi. W przypadku gdy Centrum Alarmowe z niezależnych od niego przyczyn nie mogło zapewnić Ubezpieczonemu organizacji usługi objętej zakresem ubezpieczenia lub ze względu na stan zdrowia Ubezpieczonego nie było możliwe poinformowanie Centrum Alarmowego, ERGO Hestia zwróci na podstawie rachunków lub faktur poniesione przez Ubezpieczonego koszty w zakresie i do wysokości:
a) 150 zł (brutto), jeżeli holowanie odbywa się maksymalnie na odległość 25 km od miejsca zdarzenia;
b) 2,30 zł (brutto) za kilometr oraz 40 zł (brutto) za załadunek i rozładunek pojazdu, jeżeli holowanie odbywa się na odległość większą niż 25 km od miejsca zdarzenia.
8. Koszty, o których mowa w pkt. 5-7 pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 6

Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z wypadkami, o których mowa w § 3 ust. 10, zaistniałymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. ERGO Hestia nie odpowiada za szkody:
1) powstałe w czasie ruchu w pojazdach:
a) niezarejestrowanych, o ile zgodnie z prawem istniał obowiązek rejestracji,
b) nieposiadających ważnego badania technicznego, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody,
2) powstałe wskutek przywłaszczenia pojazdu przez osobę trzecią,
3) w pojeździe nielegalnie wprowadzonym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
4) w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub policji, a także w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,
5) wskutek stoczenia się zaparkowanego pojazdu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód w pojazdach pochodzących z kradzieży lub innego przestępstwa oraz takich, których własności Ubezpieczony nie nabył do dnia powstania szkody, chyba że właściciel wyraził zgodę na wypłatę odszkodowania na rzecz Ubezpieczonego. Jeżeli właściciel nie wyraził takiej zgody, zapłacona składka podlega zwrotowi.

§ 8

1. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności:
1) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego lub przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
2) jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że organizowanie i pokrycie kosztów wymiany szyb odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
3) za zdarzenia powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę oraz powstałe wskutek działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
4) za szkodę powstałą wskutek osunięcia się ziemi, zapadania się ziemi, trzęsienia ziemi, upadku drzewa lub masztu w następstwie działalności ludzkiej,
5) za szkodę, gdy kierujący:
a) w chwili zdarzenia lub przybycia na miejsce zdarzenia jednostki policji znajdował się w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub leków o podobnym działaniu,
b) zbiegł z miejsca zdarzenia, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu,
c) w chwili zdarzenia nie posiadał wymaganych, zgodnie z przepisami prawa polskiego, uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba, z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona przez właściciela pojazdu do użytkowania pojazdu; chyba, że nie miało to wpływu na powstanie szkody.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkody w mieniu, w którego posiadanie Ubezpieczony lub jego osoby bliskie weszły w wyniku przestępstwa.

§ 9

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są również szkody powstałe:
1) jako następstwa użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem,
2) podczas załadowywania i rozładowywania ładunku lub bagażu oraz przez załadowany lub przewożony ładunek lub bagaż (nie dotyczy szkód powstałych na skutek zderzenia się sprzętu sportowego przewożonego na bagażniku zewnętrznym z przedmiotami z zewnątrz pojazdu),
3) podczas używania pojazdu przez Ubezpieczonego lub upoważnionego kierującego, jako narzędzia przestępstwa, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
4) podczas używania przez kierującego pojazdem prototypowym, rozumianym jako model eksperymentalny opracowany przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów,
5) wskutek używania pojazdu do transportu paliw, toksycznych substancji chemicznych lub gazów,
6) podczas użycia pojazdu do nauki jazdy,
7) podczas wynajmowania pojazdu oraz w pojazdach udostępnianych, jako pojazdy zastępcze na zasadach innych niż wynajem,
8) podczas jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu, jako rekwizytu,

9) w szybach posiadających wcześniejsze, nienaprawione uszkodzenia.
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe w elementach pojazdu niestanowiących elementu konstrukcyjnego szyby, w tym folii antywłamaniowych i przyciemniających, listew ozdobnych i osłonowych.
3. ERGO Hestia nie odpowiada za jakiekolwiek szkody bezpośrednio lub pośrednio związane z organizacją usług, o których mowa w § 5. W przypadku, gdy usługa jest wykonana we wskazanym przez ERGO Hestię punkcie obsługi, odpowiedzialność za szkody związane z organizacją usługi ponosi punkt obsługi wykonujący naprawę lub wymianę uszkodzonej lub zniszczonej szyby.

UDZIAŁ WŁASNY

§ 10

W umowie ubezpieczenia wprowadza się udział własny Ubezpieczonego w wysokości 50 zł, w szkodach polegających na wymianie szyby czołowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Suma ubezpieczenia stanowi łączny limit odpowiedzialności ERGO Hestii dla wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia i wynosi 5000 zł (brutto).
2. Po zrealizowaniu usługi suma ubezpieczenia zmniejsza się o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniosła ERGO Hestia. Po wyczerpaniu sumy ubezpieczenia umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 12

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które ERGO Hestia zapytywała w formularzu oferty lub przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto znane mu okoliczności. W razie zawarcia przez ERGO Hestię umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać ERGO Hestii wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które ERGO Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust.1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU

§ 13

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić ERGO Hestię o wypadku niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości.
2. Powiadomienie może być dokonane:
1) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl lub
2) pod numerem telefonu: 801 107 107 lub 58 555 5 555.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku niezwłocznego zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, ERGO Hestia może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie lub świadczenie tylko wtedy, gdy naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ERGO Hestii ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
4. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
5. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 4, ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
6. ERGO Hestia w granicach sumy ubezpieczenia zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 4, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

§ 14

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. W przypadkach wskazanych w § 5 ust. 3-5 ERGO Hestia zwraca koszty na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości tych kosztów lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 15

1. Koszty wskazane w § 5 ust. 3-5 ERGO Hestia zwraca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii albo wysokości kosztów okazało się niemożliwe, koszty te powinny być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część kosztów ERGO Hestia wypłaca jednakże w terminie określonym w ust. 1.
3. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ERGO Hestię nie może być wyższa od poniesionej szkody.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 16

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku stanowiącego część polisy, będącej potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wniosek powinien zawierać, co najmniej następujące dane:
1) imię, nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego, a także PESEL, REGON lub NIP,

2) imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego, jeżeli umowa ubezpieczenia ma być zawarta na rachunek osoby niebędącej Ubezpieczającym, a także jej PESEL, REGON lub NIP,
3) okres ubezpieczenia,
4) numer polisy OC lub Autocasco.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

§ 17

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ERGO Hestii wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ERGO Hestii może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ERGO Hestii, chyba, że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. Ubezpieczony może żądać, by ERGO Hestia udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem ERGO Hestii.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 18

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka i płatna jest jednorazowo.
2. Wysokość składki zależy od:
1) przyjętego w umowie ubezpieczenia okresu ubezpieczenia,
2) rodzaju pojazdu.
3. Przy ustaleniu wysokości składki uwzględnia się zawarcie z ERGO Hestią w odniesieniu do pojazdu ubezpieczanego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:
1) umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC) lub
2) umowy ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ERGO HESTII

§ 19

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę i godzinę uzgodnioną przez strony umowy, wskazaną w umowie ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rok jak również na okres krótszy niż rok (umowa krótkoterminowa).
4. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na taki sam okres ubezpieczenia, jaki został wskazany w umowie ubezpieczenia:
1) odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC) za szkody spowodowane ruchem tych pojazdów lub
2) pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).

§ 20

1. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia pod warunkiem, że składka zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. W przypadku gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia wypowiada umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żąda zapłaty składki za okres, przez który udzielała ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.

§ 21

1. Jeżeli zapłata dokonywana jest przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, dzień zapłaty to dzień złożenia zlecenia zapłaty w banku lub na poczcie - pod warunkiem, że przy płatności przelewem na rachunku Ubezpieczający posiadał wystarczające środki. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku ERGO Hestii odpowiednią kwotą.
2. Za zapłatę składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.

§ 22

Odpowiedzialność ERGO Hestii kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 23

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 Ustawy z dnia 30.05.2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U z 2014 r. poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może złożyć odstąpienie w sposób określony w § 28.
5. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę pojazdu. Przeniesienie tych praw wymaga zgody ERGO Hestii.
6. W razie przeniesienia praw, o których mowa w ust. 5, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą ERGO Hestii umówiły się inaczej. Pomimo przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
7. Jeżeli prawa, o których mowa w ust. 5, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
8. W przypadku przeniesienia własności pojazdu:
1) z leasingodawcy na leasingobiorcę,
2) z banku na kredytobiorcę,
umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, po przeniesieniu własności pojazdu Ubezpieczający ma możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na dzień doręczenia ERGO Hestii oświadczenia Ubezpieczającego.
9. Przepisów ust. 5-7 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku (np. odszkodowania).
10. Przepisy ust. 5-7 mają zastosowanie również do innych niż zbycie form przeniesienia prawa własności pojazdu.
11. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu również:
1) z chwilą wyrejestrowania pojazdu,
2) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia.

§ 24

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na skutek odstąpienia, przeniesienia praw na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia lub wyrejestrowania pojazdu na wniosek Ubezpieczającego następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. W razie przejścia własności pojazdu w sytuacji wskazanej w § 23 ust. 5 i 8 wniosek o zwrot składki wymaga dodatkowo udokumentowania przeniesienia prawa własności pojazdu.
3. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 25

1. Z dniem pokrycia przez ERGO Hestię kosztów wymiany uszkodzonych szyb roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ERGO Hestię do wysokości pokrytych kosztów. Jeżeli ERGO Hestia pokryła tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ERGO Hestii.
2. Nie przechodzą na ERGO Hestię roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego bez zgody ERGO Hestii całości lub części praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód, ERGO Hestia może odmówić pokrycia kosztów odpowiednio w całości lub w kwocie równej części, w jakiej Ubezpieczony zrzekł się tych praw, a jeżeli koszty już pokryto, może żądać ich zwrotu odpowiednio w całości lub w kwocie równej części, w jakiej Ubezpieczony zrzekł się tych praw.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26

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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 27a
(zapis obowiązujący do 30 września 2018 roku)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, który jest osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
1) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
5) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
5) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
2. Jednostka organizacyjna powołana przez Zarząd ERGO Hestii rozpatruje reklamacje.
3. Osoba, która złożyła reklamację, otrzyma odpowiedź w ciągu 30 dni od dnia jej złożenia na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają 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. Osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, która jest osobą fizyczną, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 27b
(zapis obowiązujący od 1 października 2018 roku)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
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, która zgłasza reklamację.
4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba ją składająca zostanie poinformowana w 30- dniowym terminie.
5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 28

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Strony mają obowiązek wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii ERGO Hestii lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 29

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 30

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego.
3. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą wytoczyć powództwo również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Obie strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.
6. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią 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.

§ 31

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 24 września 2018 roku i obowiązują dla umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu	Członek Zarządu
Piotr Maria Śliwicki	Adam Roman

Aneks do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń

§ 1

Niniejszym Aneksem wprowadza się, w wyszczególnionych poniżej Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. („OWU") następujące zmiany odpowiednio: paragrafu 1 lub paragrafu 2 OWU :

1) **§ 2 OWU:**
   a) Hestia 1 kod: C-H1-01/18
   b) Hestia 7 kod: C-H7-01/18
   c) Hestia 7 Assistance kod: C-H7A-01/18
   d) Autocasco kod: C-AC-01/18
   e) Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Kierowcy i Pasażerów kod: CBA-NNWK-01/18
   f) Hestia Car Assistance kod: CB-HCA-01/18
   g) Szyby Samochodowe kod: CBA-SZ-01/18
   h) Ochrona Utraty Zniżki OC kod: CB-OUZOC-01/18

   oraz
2) **§ 1 OWU:**
   a) Mój Dom kod: C-MD-01/18
   b) ERGO 1 kod: C-E1-01/18
   c) ERGO 7 pozakomunikacyjne kod: C-E7-PK-01/18
   d) ERGO 7 komunikacyjne kod: C-E7-K-01/18
   e) Moja Firma pozakomunikacyjna kod: C-MF-PK-01/18
   f) Moja Firma komunikacyjna kod: C-MF-K-01/18
   g) ERGO Podróż kod: C-EP-01/18
   h) Odpowiedzialność Cywilna Posiadaczy Pojazdów Mechanicznych w Ruchu Zagranicznym – Zielona Karta kod: CBAEI-ZK-02/18
3) Następują zmiany w § 1 w aneksie do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń ERGO Sport kod: C-ES-02/16

otrzymują następujące brzmienie:

1. W niniejszym dokumencie Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie (dalej: „ERGO Hestia") opisało warunki, na jakich Klient i ERGO Hestia zawierają umowę ubezpieczenia. Dokument wiąże również ubezpieczane osoby, jeżeli nie są one stroną umowy ubezpieczenia (Klientem).
2. W związku faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową – w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.
3. Administratorem danych osobowych jest ERGO Hestia. Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 55 55.
4. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
5. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;
   2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;
   3) reasekuracji ryzyk;
   4) dochodzenia roszczeń;
   5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/ Pana potrzeb;

AN/EHM/1910

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;
7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;
8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;
9) analitycznych i statystycznych.

6. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:
   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;
   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;
   3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej); uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe, (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;
   4) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.
7. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.
8. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
10. W celu skorzystania z praw określonych w ustępie 9 należy skontaktować się z Administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
11. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
12. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

1. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
2. Postanowienia zwarte w niniejszym Aneksie obowiązują i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zawieranych od dnia 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu **Członek Zarządu**

Piotr Maria Śliwicki **Adam Roman**

AN/EHM/1910

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Wszystko o Ubezpieczeniu Hestia Car Assistance

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Hestia Car Assistance

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy „Hestia Car Assistance" dla Klientów Korporacyjnych

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy „Hestia Car Assistance" dla Klientów Korporacyjnych** z dnia 1 października 2018 r. (kod: A-HCA-01/18). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży lub podczas nieobecności w miejscu zamieszkania (ubezpieczenie majątkowe grupa 18 z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie kierowane jest do właścicieli lub posiadaczy samochodów osobowych, osobowo-ciężarowych lub ciężarowych o ładowności do 2,5 tony.
- ✓ Ubezpieczenie kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy obejmuje organizację pomocy w wypadku: zderzenia się pojazdów; zderzenia pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami z zewnątrz pojazdu; uszkodzenia pojazdu przez osoby trzecie; pożaru, wybuchu, zatopienia oraz nagłego działania innych sił przyrody; nagłego działania czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu; awarii; unieruchomienia pojazdu; kradzieży pojazdu.
- ✓ Ubezpieczenie możliwe jest w trzech wariantach: Minimalnym z sumą ubezpieczenia 5.000 zł, Podstawowym z sumą ubezpieczenia 15.000 zł, Rozszerzonym z sumą ubezpieczenia 15.000 zł.
- ✓ W Wariancie Minimalnym ERGO Hestia organizuje i pokrywa koszty holowania, na odległość nie większą niż 100 km, pojazdów: wymienionych w umowie ubezpieczenia oraz pojazdów, które uległy zderzeniu z pojazdem wymienionym w umowie ubezpieczenia.
- ✓ W Wariancie Podstawowym ERGO Hestia organizuje i pokrywa koszty: dowozu paliwa do ubezpieczonego pojazdu; naprawy ubezpieczonego pojazdu, w miejscu wystąpienia awarii lub unieruchomienia pojazdu; holowania ubezpieczonego pojazdu w razie wystąpienia wypadku. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 100 km od miejsca wypadku.
- ✓ Po opłaceniu dodatkowej składki możliwe jest zwiększenie limitu holowania pojazdu.
- ✓ W Wariancie Rozszerzonym ERGO Hestia organizuje i pokrywa koszty wymienione w Wariancie Podstawowym oraz: wynajęcia oraz dostarczenia i odbioru samochodu zastępczego na okres nie dłuższy niż 3 doby;
- ✓ Parkingu strzeżonego za cały okres parkowania do kwoty 300 zł (netto);
- ✓ Odbioru naprawionego pojazdu i dostarczenia go do miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego Ubezpieczającego lub Korzystającego,
- ✓ Legalnego złomowania pojazdu w razie wystąpienia w tym pojeździe szkody całkowitej;
- ✓ Usługi informacyjnej;
- ✓ Opieki psychologicznej w gabinecie psychologa w odniesieniu do 5 wizyt łącznie (na jedno zdarzenie);
- ✓ Zmiennika kierowcy w celu powrotu pasażerów ubezpieczonego pojazdu do miejsca zamieszkania w przypadku;
- ✓ Zakwaterowania i transportu Ubezpieczonego do miejsca zakwaterowania w najbliższym hotelu średniej kategorii (dwu - lub trzygwiazdkowej) na okres naprawy pojazdu, jednak nie dłuższy niż 3 doby hotelowe;
- ✓ Przejazdu do miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w formie dokonania zakupu i dostarczenia kierowcy i pasażerom ubezpieczonego pojazdu biletu kolejowego pierwszej klasy lub biletu autobusowego. W przypadku gdy odległość od miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, przekracza 1.000 km, za zgodą ERGO Hestii przejazd może odbyć się przy wykorzystaniu transportu lotniczego.
- ✓ Po opłaceniu dodatkowej składki możliwe jest zwiększenie limitu holowania pojazdu oraz wydłużenie czasu wynajmu pojazdu zastępczego.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

- ✗ koszty zakupu części niezbędnych do usunięcia awarii lub uszkodzeń pojazdu oraz zakupu paliwa,
- ✗ koszty powstałe w wyniku powtarzających się awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyny po zorganizowaniu usługi przez ERGO Hestię,
- ✗ koszty samodzielnie poniesione przez Ubezpieczonego lub inną osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia bez wcześniejszego ich uzgodnienia z ERGO Hestią,
- ✗ szkody wskutek użycia pojazdu bez zgody i wiedzy właściciela.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód powstałych:

- ! w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w pojazdach uczestniczących w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,
- ! jako następstwa użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem oraz spowodowane przez przewożony ładunek lub bagaż,
- ! podczas używania pojazdu przez Ubezpieczonego jako narzędzia przestępstwa,
- ! w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku lub przybycia na miejsce wypadku jednostki policji znajdował się w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody, a także gdy kierujący pojazdem oddalił się z miejsca wypadku,
- ! w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku nie posiadał wymaganych przez ustawę Prawo o ruchu drogowym uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu,
- ! podczas użycia pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, w szczególności takich jak: paliwa, toksyczne substancje chemiczne lub gazy,
- ! podczas jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu jako rekwizytu,
- ! podczas użycia pojazdu do nauki jazdy,
- ! podczas wynajmowania pojazdu oraz w pojazdach udostępnianych jako pojazdy zastępcze na zasadach innych niż wynajem,
- ! podczas użytkowania pojazdów prototypowych rozumianych jako modele eksperymentalne opracowane przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Wariant Minimalny - pomoc realizowana jest na terenie RP i w związku z wypadkami zaistniałymi na terenie RP.

✓ Wariant Podstawowy i Rozszerzony - zakres terytorialny jest taki sam jak zakres terytorialny przyjęty dla ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco) dla Klienta Korporacyjnego w STU ERGO Hestii SA.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Jeżeli Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które STU ERGO Hestia S.A. zapytywała w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym zobowiązany jest do opłacenia składki.

– Ubezpieczony będący jednocześnie Ubezpieczającym obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać ERGO Hestii wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które ERGO Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem Umowy.

– W przypadku przedstawienia/zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony ma obowiązek:

– Ubezpieczony ma obowiązek użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,

– w razie wystąpienia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony obowiązany jest, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Alarmowym,

– Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę ubezpieczeniową należy opłacić w wysokości i terminach określonych przez strony umowy w umowie ubezpieczenia, przy czym zapłata może być jednorazowa bądź w ratach. Płatność - w zależności od ustaleń stron umowy ubezpieczenia - może nastąpić w formie przelewu

na dedykowany rachunek bankowy lub ewentualnie gotówką, poprzez pośrednika

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na dłużej niż 6 miesięcy
od dnia jej zawarcia, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty 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.

Dlaczego Grupa 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.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy Hestia Car Assistance dla Klientów Korporacyjnych

KOD - A-HCA-01/18

Spis treści

	Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 1844 z 10.11.2015 r.)	2
I.	Postanowienia ogólne	3
	Umowa ubezpieczenia	3
	Definicje	3
II.	Warianty ubezpieczenia	5
	Przedmiot, zakres i suma ubezpieczenia	5
	Wariant Minimalny	6
	Wariant Podstawowy	6
	Wariant Rozszerzony	7
III.	Postanowienia wspólne dla wszystkich wariantów ubezpieczenia	11
	Wyłączenia odpowiedzialności	11
	Zawarcie umowy ubezpieczenia	11
	Zawarcie umowy na cudzy rachunek	12
	Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej	12
	Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ERGO Hestii	12
	Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego	13
	Sposób postępowania w razie wypadku	13
	Wypłata odszkodowania	13
	Regres ubezpieczeniowy	14
	Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	14
	Postanowienia końcowe	15
IV.	Załącznik Nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy Hestia Car Assistance dla Klientów Korporacyjnych	17

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 1844 z 10.11.2015 r.)

Numer jednostki redakcyjnej	
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
§ 4 § 5 ust. 1 § 6 § 7 § 8 § 9 § 11 § 12 § 15 § 16 § 17 § 29 ust. 4	§ 5 ust. 3 i 4 § 20 § 21 § 29 ust. 3 § 33 ust. 4

I. Postanowienia ogólne

Umowa ubezpieczenia

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „ERGO Hestią", w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy „Hestia Car Assistance z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodania do jej wiadomości okoliczności, o które pytała we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub podanie tych okoliczności niezgodnie z prawdą.
3. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien szczegółowo zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
4. W związku z zawartą umową ubezpieczenia ERGO Hestia jest administratorem Pani/Pana danych osobowych. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w Załączniku nr 1 do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia przyjmują znaczenie określone w definicjach zamieszczonych poniżej w § 3.

§ 3

1) **Awaria** - wadliwe funkcjonowanie pojazdu spowodowane uszkodzeniami mechanicznymi, elektrycznymi, elektronicznymi lub hydraulicznymi, uniemożliwiające jazdę, z wyłączeniem konieczności uzupełnienia materiałów eksploatacyjnych, obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów oraz braku środków niezbędnych do obsługi pojazdu, a jej usunięcie nie jest możliwe na miejscu lub w ciągu maksymalnie 3 godzin w najbliższym warsztacie, do którego pojazd został odholowany przez ERGO Hestię.
2) **Centrum Alarmowe** - podmiot, który organizuje usługi „Hestia Car Assistance".
3) **Członkowie rodziny** - małżonek, osoba pozostająca w związku partnerskim z Ubezpieczonym, dzieci w tym również pasierbowie i osoby przysposobione, o ile nie przekroczyły 18-go roku życia.
4) **Holowanie pojazdu** - załadunek pojazdu unieruchomionego wskutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, na pojazd pomocy drogowej, transport z miejsca wystąpienia zdarzenia do punktu obsługi lub do miejsca zamieszkania lub siedziby firmy Ubezpieczonego i rozładunek pojazdu z pojazdu pomocy drogowej a także koszty użycia dźwigu.
5) **Kradzież pojazdu** - działanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 278 k.k. (kradzież), 279 k.k. (kradzież z włamaniem) i 280 k.k. (rozbój), za kradzież pojazdu nie uważa się przywłaszczenia, o którym mowa w art. 284 k.k.
6) **Lokaut** - zamknięcie zakładu pracy przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk.
7) **Naprawa pojazdu** - usunięcie, w miejscu wystąpienia zdarzenia, przyczyny uniemożliwiającej kontynuowanie podróży lub powrót do miejsca zamieszkania lub siedziby firmy Ubezpieczonego w sposób bezpieczny i zgodny z przepisami obowiązującymi w miejscu wystąpienia zdarzenia.
8) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł, który powstał w związku z:
   a) ruchem pojazdu objętego ochroną,
   b) załadunkiem i rozładunkiem pojazdu objętego ochroną,
   c) wsiadaniem do ubezpieczonego pojazdu i wysiadaniem z niego.
9) **Osoby trzecie** - wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia.
10) **Osoby bliskie** - małżonek, osoby pozostające w związku partnerskim, rodzeństwo, wstępni, zstępni, teściowie, zięciowie i synowe, ojczym, macocha, pasierb, przysposobieni i przysposabiający.
11) **Pojazd** - wymieniony w umowie ubezpieczenia samochód osobowy, osobowo-ciężarowy lub ciężarowy o ładowności do 2,5 tony, podlegające rejestracji w Rzeczypospolitej Polskiej stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym.

12) **Pojazd samochodowy** - pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągników rolniczych.

13) **Pojazd nielegalnie sprowadzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**

    a) nie dostarczony do miejsca odprawy celnej lub nie zgłoszony do tej odprawy,

    b) wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w pkt 1), lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym prawdziwych informacji o pojeździe lub o wcześniejszych właścicielach.

14) **Powódź** - zalanie terenów w następstwie podniesienia się wody w korytach wód płynących i stojących lub podniesienie się poziomu morskich wód przybrzeżnych, za wyjątkiem przypływów.

15) **Pożar** - działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile.

16) **Przedsiębiorca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową.

17) **Przewłaszczenie na zabezpieczenie** - forma zabezpieczenia wierzytelności polegająca na przeniesieniu przez dłużnika prawa własności swojej rzeczy na wierzyciela, która może być dokonana w dwóch formach:

    a) dłużnik przenosi na wierzyciela własność swej rzeczy, a wierzyciel zobowiązuje się do przeniesienia własności tej rzeczy z powrotem na dłużnika po zaspokojeniu wierzytelności, często zobowiązując się do korzystania z rzeczy w ograniczonym umową zakresie - do powrotnego nabycia własności przez dłużnika konieczna jest dodatkowa umowa;

    b) dłużnik przenosi własność rzeczy ruchomej na wierzyciela pod warunkiem rozwiązującym, którym jest zaspokojenie wierzytelności - z tą chwilą własność rzeczy ruchomej automatycznie powraca do dłużnika.

18) **Punkt obsługi** - zakład naprawczy lub autoryzowana stacja obsługi pojazdów danej marki.

19) **Rajdy samochodowe** - dyscyplina sportu motorowego, polegająca na przejechaniu w specjalnie przygotowanym do tego celu samochodzie rajdowym wyznaczonej przez organizatora trasy w jak najkrótszym czasie.

20) **Samochód ciężarowy** - pojazd zarejestrowany jako ciężarowy o ładowności od 851 kg do 2500 kg.

21) **Samochód osobowy** - pojazd zarejestrowany jako pojazd osobowy oraz inny pojazd zarejestrowany, jako pojazd ciężarowy lub ciężarowo-osobowy o ładowności do 850 kg.

22) **Samochód zastępczy** - udostępniony Ubezpieczonemu, należący do podmiotu profesjonalnie zajmującego się wypożyczaniem samochodów:

    a) samochód osobowy klasy porównywalnej (w miarę lokalnych możliwości) z pojazdem ubezpieczonego, o pojemności silnika do 2.000 cm^3, do 5 miejsc,

    b) samochód ciężarowy o parametrach technicznych zbliżonych do parametrów technicznych samochodu ciężarowego wskazanego w umowie ubezpieczenia.

23) **Stan nietrzeźwości** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ lub obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3.

24) **Stan po spożyciu alkoholu** - stan, w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3.

25) **Strajk** - zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na pewien czas w jednym lub kilku zakładach pracy, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego wraz z żądaniem zmian.

26) **Szkoda całkowita** - kradzież pojazdu lub szkoda, dla której koszty naprawy wyliczone według cen nowych części oryginalnych producenta pojazdu (bez naliczania amortyzacji) i wymiaru koniecznej robocizny wskazanych w programie Audatex oraz cen robocizny w autoryzowanych przez producenta pojazdu zakładach naprawczych, określone przy tym z uwzględnieniem pozostającego do naliczenia podatku VAT przekraczają 70% wartości rynkowej pojazdu w dniu zaistnienia szkody.

27) **Szkoda** - uszczerbek majątkowy powstały w przedmiocie ubezpieczenia bezpośrednio wskutek zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.

28) **Terroryzm** - 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.

29) **Ubezpieczony** - osoba, na rachunek której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia lub kierowca oraz pasażerowie ubezpieczonego pojazdu, uczestniczący w zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach Hestia Car Assistance, których liczba w momencie zdarzenia jest nie większa niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym tego pojazdu.

30) **Unieruchomienie pojazdu** - unieruchomienie pojazdu na skutek rozładowania akumulatora, utraty, uszkodzenia lub zatrzaśnięcia wewnątrz pojazdu kluczy (fabrycznych urządzeń) służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu, braku powietrza w oponie, braku lub niewłaściwego paliwa w zbiorniku pojazdu jak również zamarznięcia paliwa w zbiorniku pojazdu.

31) **Wybuch** - gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołana ich właściwością rozprzestrzeniania się; w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników warunkiem uznania zdarzenia za wybuch jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, że wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za wybuch uważa się również implozję polegającą na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym.

32) **Wyścig samochodowy** - rywalizacja zawodników lub zespołów z określonymi z góry przepisami, w którym biorą udział zawodnicy, ścigający się samochodami specjalnie przystosowanymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami dla danego typu wyścigu, po torze wyścigowym.

33) **Wypadek** - zdarzenie przyszłe i niepewne, niezależne od woli Ubezpieczonego, takie jak:

   a) zderzenie się pojazdów,

   b) zderzenie pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami z zewnątrz pojazdu,

   c) uszkodzenie pojazdu przez osoby trzecie,

   d) pożar, wybuch, zatopienie oraz nagłe działanie innych sił przyrody,

   e) nagłe działanie czynnika termicznego lub chemicznego z zewnątrz pojazdu,

   f) awaria,

   g) unieruchomienie pojazdu,

   h) kradzież pojazdu.

34) **Zamieszki** - gwałtowne demonstracje lub wrogie akcje skierowane przeciwko władzy, których celem jest zmiana istniejącego porządku prawnego.

35) **Zatopienie** - zanurzenie ubezpieczonego pojazdu w cieczy. Przez zatopienie nie uważa się zassania cieczy przez pracujący silnik pojazdu.

36) **Związek partnerski** - nieformalny związek dwóch osób, pozostających ze sobą we wspólnym pożyciu, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe. Osoby będące w związku partnerskim nie może łączyć stosunek pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia.

II. Warianty ubezpieczenia

Przedmiot, zakres i suma ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty udzielenia przez Centrum Alarmowe, natychmiastowej pomocy Hestia Car Assistance w zakresie i na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia Hestia Car Assistance może zostać zawarta w wariancie:
   1) Minimalnym,
   2) Podstawowym,
   3) Rozszerzonym.

§ 5

1. W ramach ubezpieczenia Hestia Car Assistance ERGO Hestia pokrywa koszty usług, zorganizowanych przez Centrum Alarmowe, określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia i nie zwraca kosztów usług poniesionych samodzielnie przez Ubezpieczonego lub inną osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Zastrzeżenie wskazane w ust. 1 nie dotyczy kosztów holowania oraz wynajęcia samochodu zastępczego, na zasadach określonych w ust. 3 poniżej.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony, po wcześniejszym uzgodnieniu z ERGO Hestią, samodzielnie poniósł koszty holowania lub wynajęcia samochodu zastępczego ERGO Hestia dokonuje ich zwrotu na podstawie oryginałów rachunków lub faktur dotyczących kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, do wysokości:
   1) w przypadku holowania:
      a) 120 zł (netto) - jeżeli holowanie odbywa się w obrębie 25 km od miejsca wypadku,
      b) 2,30 zł (netto) za km oraz 40 zł (netto) za załadunek i rozładunek pojazdu - jeżeli holowanie odbywa się poza obrębem 25 km od miejsca wypadku,
   2) w przypadku wynajęcia samochodu zastępczego - 120 zł netto za dobę.

4. Koszty dostarczenia samochodu zastępczego nie obejmują kosztów paliwa, jego ubezpieczenia i opłat dodatkowych, rozumianych jako kaucja na pokrycie udziału własnego oraz innych wymogów stawianych przez firmy wynajmujące, jak również nie zwalniają Ubezpieczonego z konieczności posiadania karty kredytowej lub innych zabezpieczeń wymaganych przy udostępnieniu pojazdu zastępczego zgodnie z ogólnymi warunkami wynajmu stosowanymi przez wypożyczalnię. ERGO Hestia nie pokrywa również udziału własnego w szkodzie samochodu zastępczego wynikającego z umowy najmu takiego pojazdu.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany zapoznać się z warunkami wynajmu oraz warunkami ubezpieczenia wynajmowanego samochodu zastępczego i postępować zgodnie z otrzymanymi poleceniami i wskazówkami.
6. W przypadku gdy Ubezpieczony zmarł bądź nie jest w stanie wydać dyspozycji, osobą uprawnioną do wydawania dyspozycji w związku z niniejszą umową ubezpieczenia jest osoba bliska, kierowca lub pasażerowie ubezpieczonego pojazdu. Jeżeli uprawnioną jest więcej niż jedna osoba, prawo decyzji przysługuje osobie, która jako pierwsza dokona zgłoszenia w ramach danego wypadku.

Wariant Minimalny

§ 6

W wariancie Minimalnym ERGO Hestia obejmuje ubezpieczeniem koszty udzielania natychmiastowej pomocy Hestia Car Assistance w przypadku gdy Ubezpieczający posiada w ERGO Hestii lub jednocześnie zawiera, w odniesieniu do tego samego pojazdu, umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody spowodowane ruchem tych pojazdów.

§ 7

Zakresem ubezpieczenia objęte są wyłącznie wypadki wymienione w § 3 pkt 33 lit a).

§ 8

ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania pojazdów:

1) wymienionych w umowie ubezpieczenia,
2) które uległy zderzeniu z pojazdem wymienionym w umowie ubezpieczenia.

§ 9

Holowanie realizowane jest na terenie RP i w związku z wypadkami zaistniałymi na terenie RP do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 6, na odległość nie większą niż 100 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 100 km pokrywane są przez Ubezpieczonych.

§ 10

1. Suma ubezpieczenia stanowi łączny limit odpowiedzialności ERGO Hestii dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia i wynosi 5.000 zł.
2. Po zrealizowaniu usługi z zakresu Hestia Car Assistance łączny limit odpowiedzialności zmniejsza się o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniosła ERGO Hestia. W przypadku całkowitego wyczerpania łącznego limitu odpowiedzialności stosunek ubezpieczenia wygasa.

Wariant Podstawowy

§ 11

1. W wariancie Podstawowym ERGO Hestia obejmuje ubezpieczeniem koszty udzielania natychmiastowej pomocy „Hestia Car Assistance" w przypadku gdy Ubezpieczający posiada w ERGO Hestii lub jednocześnie zawiera, w odniesieniu do tego samego pojazdu, umowę ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są wypadki dotyczące pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia, o których mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-g).

§ 12

1. ERGO Hestia na podstawie wskazania Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 6, pokrywa koszty organizacji przez Centrum Alarmowe usług:
   1) **dowozu paliwa** do ubezpieczonego pojazdu (z wyłączeniem kosztów paliwa),
   2) **naprawy ubezpieczonego pojazdu**, w miejscu wystąpienia awarii lub unieruchomienia pojazdu, przez specjalistę uprawnionego do tego przez ERGO Hestię (z wyłączeniem kosztów paliwa i części zamiennych użytych do naprawy); jeżeli naprawa pojazdu nie jest możliwa w miejscu wystąpienia awarii lub unieruchomienia, organizowane jest holowanie pojazdu,

3) **holowania ubezpieczonego pojazdu** w razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit a)-g). Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 100 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 100 km pokrywane są przez Ubezpieczonego,

4) **przewozu Ubezpieczonych** wraz z ich bagażem, za który uważa się rzeczy używane w życiu codziennym, do miejsca holowania ubezpieczonego pojazdu. Przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej, a w przypadku niewystarczającej liczby miejsc, dodatkowym pojazdem dostarczonym przez Centrum Alarmowe. Ubezpieczeni, których przewóz odbywać się będzie dodatkowym pojazdem, mogą kontynuować podróż do miejsca innego niż miejsce holowania pojazdu, jednak nie dalej niż na odległość 100 km od miejsca wypadku. Limit ten nie ulega zwiększeniu w związku z wykupieniem klauzul, o których mowa w ust. 2. W przypadku przewozu na większą odległość koszty przewozu powyżej limitu 100 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.

2 Na wniosek Ubezpieczającego, po opłaceniu dodatkowej składki, możliwe jest zwiększenie zakresu holowania, zgodnie ze wskazanymi poniżej klauzulami:

NUMER	NAZWA	TREŚĆ
K068	**Holowanie 200**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt. 33 lit a)-g), ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania ubezpieczonego pojazdu. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 200 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 200 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.
K070	**Holowanie 300**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-g), ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania ubezpieczonego pojazdu. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 300 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 300 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.
K069	**Holowanie 500**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-g), ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania ubezpieczonego pojazdu. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 500 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 500 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.

§ 13

Zakres terytorialny ubezpieczenia kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy Hestia Car Assistance w wariancie Podstawowym jest taki sam jak zakres terytorialny przyjęty dla ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).

§ 14

1. Suma ubezpieczenia stanowi łączny limit odpowiedzialności ERGO Hestii dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia i wynosi 15.000 zł.
2. Po zrealizowaniu usługi z zakresu Hestia Car Assistance łączny limit odpowiedzialności zmniejsza się o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniosła ERGO Hestia. W przypadku całkowitego wyczerpania łącznego limitu odpowiedzialności stosunek ubezpieczenia wygasa.

Wariant Rozszerzony

§ 15

1. W wariancie Rozszerzonym ERGO Hestia obejmuje ubezpieczeniem koszty udzielania natychmiastowej pomocy Hestia Car Assistance w przypadku gdy Ubezpieczający posiada w ERGO Hestii lub jednocześnie zawiera, w odniesieniu do tego samego pojazdu, umowę ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są wypadki dotyczące pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia, o których mowa w § 3 pkt 33.

§ 16

1. ERGO Hestia na podstawie wskazania Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 6, pokrywa koszty organizacji przez Centrum Alarmowe usług:
   1) **dowozu paliwa do ubezpieczonego pojazdu** (z wyłączeniem kosztów paliwa),
   2) **naprawy ubezpieczonego pojazdu**, w miejscu wystąpienia awarii lub unieruchomienia pojazdu, przez specjalistę uprawnionego do tego przez ERGO Hestię (z wyłączeniem kosztów paliwa i części zamiennych użytych do naprawy); jeżeli naprawa pojazdu nie jest możliwa w miejscu wystąpienia awarii lub unieruchomienia, organizowane jest holowanie pojazdu,
   3) **holowania ubezpieczonego pojazdu** w razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-g). Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 200 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 200 km pokrywane są przez Ubezpieczonego,
   4) **wynajęcia oraz dostarczenia i odbioru samochodu zastępczego**, w razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-e) i h) na okres nie dłuższy niż:
      a) 3 doby w przypadku kradzieży pojazdu,
      b) 3 doby (nie dłużej jednak niż rzeczywisty czas naprawy), z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej,
   5) **parkingu strzeżonego** za cały okres parkowania do kwoty 300 zł (netto), w razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-e), z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,
   6) **odbioru naprawionego pojazdu i dostarczenia go do miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania** Ubezpieczonego albo siedziby lub placówki firmy Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Korzystającego, o ile pojazd został uszkodzony wskutek wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a) lub b), z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,
   7) **legalnego złomowania pojazdu** w razie wystąpienia w tym pojeździe szkody całkowitej,
   8) **usługi informacyjnej**, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać:
      a) informacje dotyczące połączeń i objazdów, lokalizacji najbliższej stacji benzynowej lub warsztatu samochodowego,
      b) informacje o możliwości wypożyczenia samochodu we wskazanym kraju na terenie Europy,
      c) informacje dotyczące orientacyjnych kosztów paliwa i opłat drogowych we wskazanym kraju na terenie Europy,
      d) w razie podróży poza granicami RP, telefoniczną pomoc w rozmowach z policją, służbami granicznymi, ośrodkami medycznymi (dotyczy podstawowych języków europejskich - język angielski przez całą dobę; język niemiecki, francuski, włoski, rosyjski - w dni robocze od godziny 8.00 do godziny 16.00),
   9) **opieki psychologicznej w gabinecie psychologa** w odniesieniu do 5 wizyt łącznie (na jedno zdarzenie) dla Ubezpieczonego lub innych osób znajdujących się w pojeździe w momencie zajścia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-e) oraz członków ich rodzin. Opieka psychologiczna organizowana jest w związku ze stresem będącym następstwem nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem skierowania wystawionego przez lekarza prowadzącego,
   10) **zmiennika kierowcy w celu powrotu pasażerów ubezpieczonego pojazdu do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy kierowca pojazdu:
      a) doznał w wyniku zaistniałego wypadku obrażeń ciała lub zmarł,
      b) w wyniku nieszczęśliwego wypadku został hospitalizowany lub zmarł, a żaden z pasażerów nie posiada uprawnień do kierowania pojazdem danej kategorii; świadczenie nie obejmuje kosztów paliwa a także opłat drogowych oraz parkingowych,
   11) **zakwaterowania i transportu** Ubezpieczonego do miejsca zakwaterowania w najbliższym hotelu średniej kategorii (dwu - lub trzygwiazdkowej) na okres naprawy pojazdu, jednak nie dłuższy niż 3 doby hotelowe, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej,
   12) **przejazdu do miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania** Ubezpieczonego; w formie dokonania zakupu i dostarczenia kierowcy i pasażerom ubezpieczonego pojazdu biletu kolejowego pierwszej klasy lub biletu autobusowego, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej. W przypadku gdy odległość od miejsca docelowego podróży lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, przekracza 1.000 km, za zgodą ERGO Hestii przejazd może odbyć się przy wykorzystaniu transportu lotniczego.
   13) **przewozu Ubezpieczonych wraz z ich bagażem**, za który uważa się rzeczy używane w życiu codziennym, do miejsca holowania ubezpieczonego pojazdu. Przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej, a w przypadku niewystarczającej liczby miejsc, dodatkowym pojazdem dostarczonym przez Centrum Alarmowe. Ubezpieczeni, których przewóz odbywać się będzie dodatkowym pojazdem, mogą kontynuować podróż do miejsca innego niż miejsce holowania pojazdu, jednak nie dalej niż na odległość 100 km od miejsca wypadku. Limit ten nie ulega zwiększeniu w związku z wykupieniem klauzul, o których mowa w § 17. W przypadku przewozu na większą odległość koszty przewozu powyżej limitu 100 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.

2. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 4), organizowane są gdy:
   1) kradzież ubezpieczonego pojazdu lub wypadek, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-e) wystąpił w odległości nie mniejszej niż 50 kilometrów w linii prostej od miejsca zamieszkania (siedziby) Ubezpieczonego,
   2) konieczne jest dokonanie naprawy ubezpieczonego pojazdu w punkcie obsługi położonym w odległości nie mniejszej niż 50 kilometrów w linii prostej od miejsca zamieszkania (siedziby) Ubezpieczonego,
   3) naprawa ubezpieczonego pojazdu powoduje konieczność jego pozostawienia w punkcie obsługi na okres dłuższy niż 24 godziny,
   4) ubezpieczony pojazd został odholowany przez Centrum Alarmowe lub podmiot działający na zlecenie ERGO Hestii.

   Powyższe warunki muszą wystąpić łącznie.
3. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 5)-6), organizowane są w przypadku, gdy naprawa pojazdu powoduje konieczność jego pozostawienia w punkcie obsługi na okres dłuższy niż 24 godziny.
4. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 11) i 12), organizowane są gdy:
   1) kradzież ubezpieczonego pojazdu lub wypadek, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-e) wystąpił w odległości nie mniejszej niż 50 kilometrów w linii prostej od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
   2) konieczne jest dokonanie naprawy ubezpieczonego pojazdu w punkcie obsługi położonym w odległości nie mniejszej niż 50 kilometrów w linii prostej od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
   3) naprawa ubezpieczonego pojazdu powoduje konieczność jego pozostawienia w punkcie obsługi na okres dłuższy niż 24 godziny.

   Powyższe warunki muszą wystąpić łącznie.
5. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 4), 11) i 12) , nie mogą zostać udzielone łącznie w odniesieniu do tego samego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Usługi, o których mowa w ust. 1 pkt 4) i 13) nie mogą zostać udzielone łącznie w odniesieniu do tego samego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

§ 17

Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, możliwe jest rozszerzenie wariantu Rozszerzonego o poniższe klauzule.

NUMER	NAZWA	TREŚĆ
K070	**Holowanie 300**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt 33 lit. a)-g), ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania ubezpieczonego pojazdu. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 300 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 300 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.
K069	**Holowanie 500**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa w § 3 pkt. 33 lit. a)-g), ERGO Hestia pokrywa koszty, zorganizowanego przez Centrum Alarmowe, holowania ubezpieczonego pojazdu. Holowanie odbywa się jednorazowo do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego na odległość nie większą niż 500 km od miejsca wypadku. W przypadku holowania na większą odległość koszty holowania powyżej limitu 500 km pokrywane są przez Ubezpieczonego.
K050A	**Pojazd zastępczy 5DA**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy A lub B, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 5 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K050K	**Pojazd zastępczy 5DK**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy C (kompakt), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 5 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K050P	**Pojazd zastępczy 5DP**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy D (średniej), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 5 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K051A	**Pojazd zastępczy 7DA**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy A lub B, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 7 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K051K	**Pojazd zastępczy 7DK**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy C (kompakt), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 7 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).

NUMER	NAZWA	TREŚĆ
K051P	**Pojazd zastępczy 7DP**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy D (średniej), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 7 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K052A	**Pojazd zastępczy 14DA**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy A lub B, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 14 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K052K	**Pojazd zastępczy 14DK**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy C (kompakt), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 14 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K052P	**Pojazd zastępczy 14DP**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego klasy D (średniej), na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 14 dni (wliczając w to limit określony w § 16 ust. 1 pkt 4)).
K034C	**Pojazd zastępczy dostawczy 5 dni**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), w samochodzie ciężarowym, ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego w postaci samochodu ciężarowego o ładowności do 2,5 t, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 5 dni. Usługa realizowana jest przez Centrum Alarmowe w miarę lokalnych możliwości, co może wiązać się z dłuższym oczekiwaniem na podstawienie samochodu zastępczego.
K035C	**Pojazd zastępczy dostawczy 7 dni**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), w samochodzie ciężarowym, ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego w postaci samochodu ciężarowego o ładowności do 2,5 t, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 7 dni. Usługa realizowana jest przez Centrum Alarmowe w miarę lokalnych możliwości, co może wiązać się z dłuższym oczekiwaniem na podstawienie samochodu zastępczego.
K036C	**Pojazd zastępczy dostawczy 10 dni**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a)-e) oraz h), w samochodzie ciężarowym, ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego w postaci samochodu ciężarowego o ładowności do 2,5 t, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 10 dni. Usługa realizowana jest przez Centrum Alarmowe w miarę lokalnych możliwości, co może wiązać się z dłuższym oczekiwaniem na podstawienie samochodu zastępczego.
K037C	**Pojazd zastępczy dostawczy 14 dni**	W razie wystąpienia wypadku, o którym mowa § 3 pkt. 33 lit. a) - e) oraz h), w samochodzie ciężarowym, ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego w postaci samochodu ciężarowego o ładowności do 2,5 t, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 14 dni. Usługa realizowana jest przez Centrum Alarmowe w miarę lokalnych możliwości, co może wiązać się z dłuższym oczekiwaniem na podstawienie samochodu zastępczego.
K071	**Pojazd zastępczy awaria 3 dni**	W razie wystąpienia awarii lub unieruchomienia samochodu osobowego, ERGO Hestia pokrywa koszty samochodu zastępczego, na czas naprawy, ale nie dłużej niż na okres 3 dni i nie więcej niż w odniesieniu do 2 zdarzeń w okresie ubezpieczenia.
K053	**Franszyza km HCA**	Nie ma zastosowania franszyza kilometrowa określona w § 16 ust. 2 pkt 1) i 2) OWU HCA.

§ 18

Zakres terytorialny ubezpieczenia kosztów udzielenia natychmiastowej pomocy Hestia Car Assistance w wariancie Rozszerzonym jest taki sam jak zakres terytorialny przyjęty dla ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco).

§ 19

1. Suma ubezpieczenia stanowi łączny limit odpowiedzialności ERGO Hestii dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia i wynosi 15.000 zł.
2. Po zrealizowaniu usługi z zakresu Hestia Car Assistance łączny limit odpowiedzialności zmniejsza się o kwotę stanowiącą równowartość kosztów, jakie poniosła ERGO Hestia. W przypadku całkowitego wyczerpania łącznego limitu odpowiedzialności stosunek ubezpieczenia wygasa.

III. Postanowienia wspólne dla wszystkich wariantów ubezpieczenia

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 20

1. ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
2. ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są również szkody powstałe:
   1) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, trzęsienia ziemi, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę,
   2) wskutek działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni laserowych i maserowych oraz pola magnetycznego i elektromagnetycznego,
   3) w czasie używania pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w pojazdach uczestniczących w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,
   4) jako następstwa użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem oraz spowodowane przez przewożony ładunek lub bagaż,
   5) podczas używania pojazdu przez Ubezpieczonego jako narzędzia przestępstwa, chyba, że nie miało to wpływu na powstanie szkody,
   6) w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku lub przybycia na miejsce wypadku jednostki policji znajdował się w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków, chyba że nie miało to wpływu na powstanie szkody, a także gdy kierujący pojazdem oddalił się z miejsca wypadku,
   7) w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku nie posiadał wymaganych przez ustawę Prawo o ruchu drogowym uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli tym kierującym był właściciel pojazdu, a także osoba z którą właściciel pojazdu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub inna osoba upoważniona do użytkowania pojazdu,
   8) podczas użycia pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, w szczególności takich jak: paliwa, toksyczne substancje chemiczne lub gazy,
   9) podczas jazd próbnych, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów albo użycia pojazdu jako rekwizytu,
   10) podczas użycia pojazdu do nauki jazdy,
   11) podczas wynajmowania pojazdu oraz w pojazdach udostępnianych jako pojazdy zastępcze na zasadach innych niż wynajem,
   12) podczas użytkowania pojazdów prototypowych rozumianych jako modele eksperymentalne opracowane przez producenta samochodów dla nowych serii pojazdów.

§ 21

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty zakupu części niezbędnych do usunięcia awarii lub uszkodzeń pojazdu, a także koszty powstałe:
   1) w wyniku powtarzających się awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyny po zorganizowaniu usługi przez Centrum Alarmowe,
   2) wskutek użycia pojazdu bez zgody i wiedzy właściciela.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 22

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku stanowiącego część polisy, będącej potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej:
   1) imię i nazwisko lub nazwę oraz adres Ubezpieczającego a także PESEL lub REGON, NIP,
   2) imię i nazwisko lub nazwę oraz adres Ubezpieczonego a także PESEL lub REGON, NIP, jeżeli umowa została zawarta na cudzy rachunek,

3) dane pojazdu,
4) wariant ubezpieczenia,
5) okres ubezpieczenia.

Zawarcie umowy na cudzy rachunek

§ 23

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek.
2. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem ERGO Hestii.
3. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ERGO Hestii wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ERGO Hestii może ona podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
4. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ERGO Hestii, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
5. Ubezpieczony może żądać by ERGO Hestia udzieliła mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 24

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składka płatna jest jednorazowo i na wniosek Ubezpieczającego składka może być rozłożona na raty. Terminy płatności rat i ich wysokość ustala się zgodnie z zasadami określonymi dla płatności składki w umowie ubezpieczenie autocasco.

§ 25

Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:

1) wariant ubezpieczenia,
2) okres ubezpieczenia,
3) zwyżkę za rozłożenie płatności składki na raty.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności ERGO Hestii

§ 26

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę i godzinę uzgodnioną przez strony umowy, wskazaną w polisie.
3. Umowa zostaje zawarta na taki sam okres ubezpieczenia, jaki został wskazany w polisie potwierdzającej zawarcie umowy:
   1) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody spowodowane ruchem tych pojazdów w przypadku wariantu Minimalnego,
   2) ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia (Autocasco) w przypadku wariantu Podstawowego i Rozszerzonego.

§ 27

1. Odpowiedzialność ERGO Hestii rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3.
2. W przypadku gdy ERGO Hestia ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostanie zapłacona w terminie, ERGO Hestia wypowiada umowę ze skutkiem natychmiastowym i żąda zapłaty składki za okres przez który udzielała ochrony ubezpieczeniowej. W braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez ERGO Hestię wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności ERGO Hestii, tylko wtedy gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki ERGO Hestia wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

4. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek ERGO Hestii - pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku ERGO Hestii odpowiednią kwotą.
5. Za zapłatę składki lub raty składki, uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ERGO Hestii kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 28

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ERGO Hestii wszystkie znane sobie okoliczności, o które ERGO Hestia zapytywała 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 ERGO Hestię 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 ERGO Hestii wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które ERGO Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.

Sposób postępowania w razie wypadku

§ 29

1. W razie wystąpienia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony obowiązany jest, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: 801 107 107, lub (58) 555 5 555 i podać:
   1) imię i nazwisko,
   2) miejsce wystąpienia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową,
   3) markę, typ i model ubezpieczonego pojazdu oraz jego numer rejestracyjny,
   4) numer i okres ważności polisy,
   5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
   6) krótki opis wypadku oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
   7) wszelkie inne informacje niezbędne Centrum Alarmowemu w celu organizacji usługi przysługującej Ubezpieczonemu, o których podanie Centrum Alarmowe zwróciło się do Ubezpieczonego.
2. W razie zajścia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
3. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 2, ERGO Hestia jest wolna od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. ERGO Hestia w granicach sumy ubezpieczenia, zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 2, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

Wypłata odszkodowania

§ 30

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. W przypadkach wskazanych w § 5 ust. 3 ERGO Hestia zwraca koszty na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości tych kosztów lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 31

1. Koszty wskazane w § 5 ust. 3 ERGO Hestia zwraca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii albo wysokości kosztów okazało się niemożliwe, koszty te powinny być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część kosztów ERGO Hestia wypłaca jednakże w terminie określonym w ust. 1.

§ 32

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami ERGO Hestii co do odmowy zorganizowania usługi albo co do wysokości zwrotu kosztów, o których mowa w § 5 ust. 3, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd ERGO Hestii.

Regres ubezpieczeniowy

§ 33

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na ERGO Hestię przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości kosztów poniesionych w związku z organizacją usług lub zwrotu kosztów Ubezpieczającemu zgodnie w § 5 ust. 3.
2. Nie przechodzą na ERGO Hestię roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany jest dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia przez ERGO Hestię praw oraz zobowiązany jest zabezpieczyć dochodzenie roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, w szczególności:
   1) wezwać policję gdy są ofiary w ludziach lub szkoda powstała w wyniku przestępstwa,
   2) w pozostałych przypadkach gdy nie wzywano policji, spisać oświadczenie ze sprawcą zdarzenia, w którym należy opisać okoliczności zdarzenia ze wskazaniem sprawcy, podać pełne dane obu uczestników oraz dopilnować podpisania się pod oświadczeniem przez obie strony.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego, bez zgody ERGO Hestii, całości lub części praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód, ERGO Hestia może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w kwocie równej części, w jakiej Ubezpieczony zrzekł się tych praw , a jeżeli odszkodowanie już wypłacono może żądać jego zwrotu odpowiednio w całości lub w kwocie równej części, w jakiej Ubezpieczony zrzekł się tych praw.
5. W razie niespełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków, wynikających z ust. 3, z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego i uniemożliwieniu przez to ERGO Hestii dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych za szkodę, jaką poniosła ERGO Hestia z tego tytułu.

Wygaśnięcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 34

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
2. Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30.05.2014 o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. W razie przejścia prawa własności przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tych praw wymaga zgody ERGO Hestii.
4. W przypadku wykupienia pojazdu z leasingu przez dotychczasowego Korzystającego, prawa z umowy ubezpieczenia zostaną przeniesione na Korzystającego, pod warunkiem uprzedniego zgłoszenia ERGO Hestii wykupienia pojazdu z leasingu wraz z wnioskiem o przeniesienie na Korzystającego praw z umowy ubezpieczenia na nowego właściciela, nie później niż w dniu wykupu tegoż pojazdu.
5. W razie przeniesienia praw, o których mowa w ust. 4, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
6. Jeżeli prawa, o których mowa w ust. 4, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
7. Przepisów ust. 3-5 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.
8. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
   1) w przypadku wyrejestrowania pojazdu,
   2) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia.

§ 35

1. Jeżeli umowa ulega rozwiązaniu na skutek przyczyn określonych w § 34 ust. 8 pkt 1, na wniosek Ubezpieczającego następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W razie przejścia własności pojazdu wniosek o zwrot składki wymaga udokumentowania przejścia prawa własności pojazdu.
3. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po rozwiązaniu umowy.

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Strony umowy mają obowiązek wzajemnego informowania o zmianie adresu zamieszkania bądź siedziby.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii ERGO Hestii lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 37

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
   a. Reklamację można złożyć w następujący sposób:
      - poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
      - telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
      - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
      - ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
   b. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
   c. 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, która zgłasza reklamację.
   d. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
   e. W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
   f. Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest agenta, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
   a. 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 38

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:
   1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,
   2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą podać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.
4. 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.

§ 40

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie 1 października 2018 roku i obowiązują do umów zawartych od tego dnia.

Piotr Maria Śliwicki

Prezes Zarządu

Adam Roman

Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy Hestia Car Assistance dla Klientów Korporacyjnych

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

   W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
   3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;

4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.

6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

ANEKS NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA KOSZTÓW UDZIELENIA NATYCHMIASTOWEJ POMOCY HESTIA CAR ASSISTANCE DLA KLIENTA KORPORACYJNEGO Z DNIA 1 PAŹDZIERNIKA 2019 ROKU, ZATWIERDZONYCH PRZEZ ZARZĄD SOPOCKIEGO TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ ERGO HESTIA S.A. UCHWAŁĄ NR 64/2018 Z DNIA 17 WRZEŚNIA 2018 ROKU.

§ 1

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Udzielenia Natychmiastowej Pomocy Hestia Car Assistance dla Klienta Korporacyjnego (dalej „Ogólne Warunki Ubezpieczenia"):

a) w § 38 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodaje się ust. 5 o brzmieniu:
W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez ERGO Hestię nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami międzynarodowymi lub wynikającymi z prawa polskiego (dalej: „Sankcje"), w tym Sankcjami przyjętymi przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych oraz Stany Zjednoczone Ameryki, ERGO Hestia nie będzie uznana za udzielającą ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązana do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową - w zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zapłata lub zapewnienie/udzielenie innej korzyści w związku z ochroną ubezpieczeniową mogłyby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji - o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do ERGO Hestii.

b) Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia otrzymuje brzmienie:

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową - w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie - bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;
   2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu

zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;

3) reasekuracji ryzyk;

4) dochodzenia roszczeń;

5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora - w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym - w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;

7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;

8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;

9) analitycznych i statystycznych.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;

   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;

   3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej);

   4) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;

   5) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.

6. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

7. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:

   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;

   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;

   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych - w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;

   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;

   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;

   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;

   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.

8. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 7 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. W przypadku, gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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 dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu **Członek Zarządu**

Piotr Maria Śliwicki **Adam Roman**

Ubezpieczenie PZU Auto

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: PZU Auto

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto (OWU), które zostały ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/260/2018 z dnia 24 sierpnia 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

PZU Auto to pakiet dobrowolnych ubezpieczeń majątkowych i osobowych – dział II, grupy 1, 3, 10, 17, 18 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Umowa obejmuje wyłącznie elementy produktu wybrane przez klienta.

W **PZU Auto AC (AC)** ubezpieczamy:

- ✓ pojazd i jego wyposażenie od uszkodzenia, zniszczenia lub utraty – jeśli szkody te wystąpiły w wyniku zdarzenia, które powstało w okresie ubezpieczenia niezależnie od woli ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu.

Suma ubezpieczenia jest określona w umowie. Powinna ona odpowiadać wartości pojazdu brutto. Może odpowiadać wartości pojazdu netto albo netto + 50% VAT, jeśli ubezpieczonemu przysługuje prawo do odliczenia 100% lub 50% VAT naliczonego przy nabyciu pojazdu.

W **PZU Pomoc w Drodze (PWD)** ubezpieczamy:

- ✓ organizację oraz pokrycie kosztów usług assistance.

Zakres ubezpieczenia i dostępność usług assistance zależą od wybranego wariantu, a w wariancie Komfort także od tego, czy zawarto umowę OC lub AC na ten sam pojazd.

Wariant Komfort zawarty razem z OC obejmuje następującą pomoc w razie spowodowania kolizji:

- ✓ naprawę pojazdu na miejscu,
- ✓ holowanie unieruchomionego pojazdu do 150 km,
- ✓ usługi informacyjne,
- ✓ pomoc dla pojazdu poszkodowanego.

Wariant Komfort zawarty razem z AC obejmuje szerszą pomoc – w razie wypadku, awarii lub kradzieży.

Wariant Super obejmuje pomoc w razie wypadku, awarii lub kradzieży, np.:

- ✓ dowóz paliwa,
- ✓ naprawa pojazdu na miejscu, a także usługa wymiany koła, żarówki, akumulatora,
- ✓ pomoc dla innego pojazdu poszkodowanego,
- ✓ holowanie pojazdu lub przyczepy do 150 km,
- ✓ wynajem pojazdu zastępczego,
- ✓ przewóz do szpitala,
- ✓ transport zwierząt,
- ✓ transport zwłok,
- ✓ opieka nad dziećmi,
- ✓ nocleg lub przewóz do domu,
- ✓ pokrycie kosztów odwiedzin w szpitalu,
- ✓ zmiennik kierowcy.

Wariant PZU GO obejmuje dodatkowo pomoc, jeśli aplikacja zasygnalizuje nam wypadek, w wyniku którego mogło dojść do uszkodzenia ciała ubezpieczonego np.:

- ✓ zawiadomienie Centrum Powiadamiania Ratunkowego,
- ✓ przewóz do szpitala.

Można go dokupić do każdego z pozostałych wariantów.

W **PZU Auto Szyba (PAS)** organizujemy i pokrywamy koszty usługi wymiany lub naprawy w pojeździe:

- ✓ uszkodzonej szyby czołowej, tylnej lub bocznej – jeśli żadna z nich nie jest integralną częścią dachu pojazdu,
- ✓ uszczelek, listew, uchwytu i ogrzewania – jeśli zostały uszkodzone wraz z szybą lub trzeba je wymienić, żeby naprawić szybę.

Robimy to, o ile uszkodzenie wystąpiło w okresie ubezpieczenia i powstało niezależnie od ubezpieczonego.

Koszt pierwszego uszkodzenia szyby pokrywamy w całości. Przy drugim i kolejnym uszkodzeniu w trakcie trwania tej samej umowy ubezpieczony pokrywa 30% wszystkich kosztów usługi – w tym kosztów szyby, uszczelek, listew, uchwytu i ogrzewania – tzw. udział własny.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

W **AC, PAO, PAOP, PWD, NNW**, o ile nie umówiono się inaczej, nie obejmujemy ochroną m.in. skutków zdarzeń powstałych w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu w celach:

- ✗ zarobkowego przewozu osób, w tym taxi – dotyczy wyłącznie samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych ciężarowych o ładowności do 750 kg,
- ✗ wynajmu zarobkowego w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów,
- ✗ udostępniania jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu,
- ✗ przewozu przesyłek kurierskich – dotyczy wyłącznie samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych ciężarowych o ładowności do 2 ton,
- ✗ jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia,
- ✗ nauki jazdy.

W **PWD** i w **PAOP** nie obejmujemy ochroną m.in. szkód dotyczących samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony.

W **PWD** nie obejmujemy ochroną osób przewożonych za opłatą lub autostopowiczów. Nie dotyczy to konieczności przewozu do szpitala.

W **PAS** nie obejmujemy ochroną wymiany szyby na oryginalną.

W **NNW** i **NNW Max** nie obejmujemy ochroną zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne ani szkody, które polegają na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

W **PAZ** nie zapewniamy świadczeń zdrowotnych w razie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, które wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Taka sytuacja powinna być zgłaszana bezpośrednio pod numerem telefonu alarmowego.

W **PAO** nie obejmujemy ochroną szkód:

- ✗ za które odpowiedzialności cywilnej nie ponosi kierowca lub posiadacz innego pojazdu albo szkoda została już naprawiona przez sprawcę lub jego ubezpieczyciela,
- ✗ które spowodował kierowca innego pojazdu, jeśli nie ma on OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

W **PAOP** nie obejmujemy ochroną kosztów, które zostały:

- ✗ pokryte w ramach umowy ubezpieczenia, którą zawarto z innym zakładem ubezpieczeń,
- ✗ poniesione w postępowaniu, które przeciwko ubezpieczonemu wszczęły jego osoby bliskie.

W **ZK** nie obejmujemy ochroną szkód, które polegają na uszkodzeniu pojazdu wskazanego w umowie PZU Auto Zielona Karta.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W **AC** nie odpowiadamy m.in. za szkody:

- ! których wartość nie przekracza 300 zł – z wyjątkiem uszkodzenia wnętrza pojazdu przez osoby, których przewóz był wymagany, aby udzielić im pomocy medycznej,
- ! spowodowane tym, że ubezpieczony, osoba uprawniona do korzystania z pojazdu lub osoba, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, kieruje pojazdem bez uprawnień,
- ! eksploatacyjne,
- ! w wyposażeniu pojazdu niewymienionym w umowie,

Do wymiany jest stosowana szyba alternatywna. Jest to szyba o porównywalnej jakości z oryginalną, ale dystrybuowana poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu. Suma ubezpieczenia jest określona w umowie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności za szkody w okresie ubezpieczenia. Ulega pomniejszeniu o każdą wypłaconą kwotę.

W **PZU Auto NNW (NNW)** ubezpieczamy:

✓ następstwa nieszczęśliwych wypadków, czyli uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć kierowcy lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu – jeśli wypadek miał związek z ruchem lub używaniem tego pojazdu.

Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty. Suma ubezpieczenia jest ustalona na jednego ubezpieczonego i na każdy nieszczęśliwy wypadek – niezależnie od ich liczby.

Sumę ubezpieczenia uzgadniamy z ubezpieczającym, czyli osobą, która zawiera umowę. Suma ubezpieczenia stanowi wielokrotność 1 000 zł – nie może być niższa niż 5 000 zł ani wyższa niż 100 000 zł dla jednego ubezpieczonego.

W **PZU Auto Asystent Zdrowotny (PAZ)**:

✓ W razie nieszczęśliwego wypadku, który nie zależy od woli ubezpieczonego, występuje w okresie ubezpieczenia w związku z ruchem pojazdu oraz skutkuje uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia ubezpieczonego, organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń zdrowotnych.

✓ Rodzaje oraz limity tych świadczeń są wymienione w tabeli, która znajduje się w OWU. Limity świadczeń zdrowotnych wskazane w tabeli są górną granicą naszej odpowiedzialności. Dotyczą one każdego ubezpieczonego i odnoszą się do każdego nieszczęśliwego wypadku.

W **PZU Auto NNW Max (NNW Max)** ubezpieczamy:

✓ następstwa nieszczęśliwych wypadków, czyli niezdolność do pracy albo śmierć ubezpieczonego – jeśli nieszczęśliwy wypadek miał związek z ruchem lub używaniem pojazdu mechanicznego – za wyjątkiem motocykli i quadów. Przez niezdolność do pracy rozumiemy trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, która powstała wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Odpowiadamy za następstwa nieszczęśliwego wypadku, jeśli ten wypadek wystąpił w okresie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty. Sumę ubezpieczenia uzgadniamy z ubezpieczającym, czyli osobą, która zawiera umowę. Suma ubezpieczenia stanowi wielokrotność 50 000 zł – nie może być niższa niż 100 000 zł ani wyższa niż 500 000 zł.

W **PZU Auto Ochrona (PAO)** odpowiadamy za:

✓ szkody związane z ruchem innego pojazdu, za które odpowiedzialność cywilną ponosi kierowca lub posiadacz innego pojazdu pod warunkiem, że ma on ubezpieczenie OC zawarte u innego ubezpieczyciela.

W granicach określonych ustawą OC odpowiadamy za:

✓ uszkodzenie lub zniszczenie pojazdu, jego części lub wyposażenia,

✓ uszkodzenie lub zniszczenie bagażu, który należy do kierującego lub właściciela pojazdu,

✓ poniesienie uzasadnionych kosztów holowania lub parkowania pojazdu,

✓ poniesienie uzasadnionych i niezbędnych kosztów wynajmu pojazdu zastępczego lub konieczności korzystania z usług przewozu osób lub towarów ze względu na brak możliwości korzystania z pojazdu.

Suma ubezpieczenia wynosi 4 000 000 zł na jedną szkodę.

W **PZU Auto Ochrona Prawna (PAOP)** ubezpieczamy:

✓ niezbędne i prawnie uzasadnione koszty ochrony interesów prawnych ubezpieczonego, która jest związana z czynnościami życia prywatnego ubezpieczonego. Robimy to, jeśli ubezpieczony w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu:

w wariancie PAOP Super oraz PAOP Komfort:

✓ dochodzi własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych. Dotyczy także jazdy w pojeździe albo innym pojeździe jako pasażer,

✓ broni się w sprawach karnych z tytułu przestępstw lub wykroczeń przeciwko bezpieczeństwu lub porządkowi w komunikacji,

✓ chroni swoje interesy prawne w zakresie umów związanych z pojazdem,

! kradzieżowe, jeśli:
- kierowca wysiadł z pojazdu i zostawił wewnątrz kluczyk lub sterownik do otwarcia lub uruchomienia pojazdu – jeśli nie zabezpieczył ich przed możliwością uruchomienia pojazdu przy ich pomocy przez osobę niepowołaną,
- pojazd został opuszczony i pozostawiony bez bezpośredniego nadzoru ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, a nie zabezpieczono poza pojazdem lub w nim kluczyka lub sterownika do otwarcia lub uruchomienia pojazdu lub kluczyka lub sterownika do zabezpieczeń przeciwkradzieżowych lub nie zabezpieczono pojazdu w sposób, który przewiduje jego konstrukcja, lub nie uruchomiono wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd jest wyposażony. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy kradzieży dokonano z pomieszczenia, które nie jest przeznaczone do przechowywania pojazdów różnych właścicieli i jest zamykane na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową lub jest zamykane przy pomocy atestowanego systemu elektromechanicznego,

chyba że nie miało to wpływu na wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego lub sprawca kradzieży użył przemocy lub groził natychmiastowym jej użyciem.

W **PWD** m.in.:

! nie organizujemy usług assistance, jeśli zdarzenie wystąpiło w odległości mniejszej niż limit kilometrów odległości od domu lub siedziby ubezpieczonego, a warunkiem zorganizowania usługi jest wystąpienie zdarzenia w większej odległości niż limit przewidziany w usłudze,

! dni, w których ubezpieczonemu przysługuje dane świadczenie, liczymy od dnia zdarzenia, a nie od dnia jego zgłoszenia,

! nie odpowiadamy za zdarzenia, które wystąpiły w wyniku szkód eksploatacyjnych,

! nie pokrywamy kosztów usług assistance, które nie zostały wcześniej z nami uzgodnione,

! w wariancie PZU GO nie zawiadomimy Centrum Powiadamiania Ratunkowego, jeśli żaden z ubezpieczonych nie ma aktywnej w telefonie aplikacji mobilnej, która jest połączona z prawidłowo skalibrowanym i sprawnym czujnikiem w pojeździe lub ubezpieczony nie włączył w telefonie funkcji lokalizacji (GPS), Bluetooth, transferu danych, telefon nie ma zasięgu, jest nieaktywny lub niesprawny.

W **PAS** nie odpowiadamy m.in. za szkody:

! eksploatacyjne,

! które polegają na uszkodzeniu lub zniszczeniu elementów na stałe związanych z szybą: uszczelek, listew, uchwytów, ogrzewania – chyba że ich uszkodzenie lub zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub ich wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby,

! polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu elementów pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane na stałe z szybą, np.: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu.

W **NNW**, **PAZ** i **NNW Max** nie odpowiadamy m.in. za:

! następstwa chorób lub stanów chorobowych,

! następstwa nieszczęśliwego wypadku, jeśli wypadek wystąpił:
- ponieważ ubezpieczony zatruł się alkoholem lub środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- kiedy pasażer świadomie podjął jazdę z kierowcą, który prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – chyba że nie wpłynęło to na nieszczęśliwy wypadek,
- ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ponieważ ubezpieczony kierował pojazdem bez uprawnień wymaganych prawem państwa, w którym wystąpił nieszczęśliwy wypadek,

wyłącznie w wariancie PAOP Super:
- ✓ bierze udział w postępowaniu związanym z zatrzymaniem jego prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego pojazdu,
- ✓ chroni swoje interesy prawne w związku z postępowaniem podatkowym, które dotyczy pojazdu.

Koszty ochrony interesów prawnych to m.in. koszty wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego, koszty opinii prawnych lub koszty sądowe.

Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności. Jest ustalona na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe w okresie ubezpieczenia i na wszystkich ubezpieczonych łącznie.

W zależności od wybranego wariantu wynosi ona:
- ✓ 500 zł dla wariantu Komfort,
- ✓ 30 000 zł dla wariantu Super.

Sumę ubezpieczenia pomniejszamy o wypłacone kwoty.

W **PZU Auto Zielona Karta (ZK)** ubezpieczamy:
- ✓ odpowiedzialność cywilną ubezpieczonego, jeśli w okresie ubezpieczenia wyrządzi on osobom trzecim szkodę, która wiąże się z ruchem pojazdu mechanicznego w państwach wskazanych w umowie PZU Auto Zielona Karta.

Odszkodowanie ustala się zgodnie z zakresem ochrony, która jest wymagana przepisami prawa obowiązującymi w państwie, w którym wystąpił wypadek ubezpieczeniowy. Jeśli poszkodowany i ubezpieczony są obywatelami polskimi i mieszkają w Polsce, a także roszczenie zostało zgłoszone w Polsce, odpowiadamy na zasadach określonych przepisami prawa polskiego – o ile przepisy prawa, które obowiązują w państwie, gdzie wystąpił wypadek ubezpieczeniowy, przewidują taką właściwość.

– kiedy ubezpieczony kierował pojazdem niezarejestrowanym, bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub badania technicznego – jeśli ten pojazd musi być zarejestrowany lub mieć badania techniczne, a stan techniczny pojazdu wpłynął na nieszczęśliwy wypadek,
– ponieważ ubezpieczony usiłował popełnić lub popełnił samobójstwo lub przestępstwo.

W **PAO** nie odpowiadamy m.in. za szkody:
- ! spowodowane umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
- ! w przewożonych ładunkach lub przesyłkach – z wyjątkiem szkód w bagażu,
- ! spowodowane ruchem pojazdu, który nie podlega rejestracji.

W **PAOP** nie pokrywamy m.in. kosztów ochrony prawnej:
- ! w postępowaniach, które są związane z zarzutem naruszenia zakazu postoju, zakazu zatrzymywania się, przepisów dotyczących parkowania lub ograniczenia prędkości,
- ! jeśli dotyczą zdarzeń, w wyniku których powstanie spór ubezpieczonego z ubezpieczającym lub pomiędzy ubezpieczonym a PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA lub PZU Centrum Operacji SA,
- ! w postępowaniach z zakresu prawa celnego lub karno-skarbowego oraz takich, które dotyczą innych opłat publicznoprawnych – z wyłączeniem postępowania podatkowego.

W **ZK** nie odpowiadamy m.in. za szkody:
- ! jeśli ubezpieczony nie ma certyfikatu Zielonej Karty – nie wystąpił do nas o wystawienie certyfikatu przed wyjazdem za granicę.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

W **AC, NNW, NNW Max** odpowiadamy za zdarzenia, które powstały w Polsce, innych krajach Europy, Algierii, Maroku, Izraelu lub Tunezji.

W **AC** standardowo nie odpowiadamy za szkody kradzieżowe na terytorium Białorusi, Rosji, Ukrainy i Mołdawii.

W **PWD** odpowiadamy za zdarzenia, które powstały:
- ✓ w Polsce – jeśli ubezpieczający zawarł umowę PWD w wariancie Komfort, Super PL lub PZU GO,
- ✓ w Polsce, innych państwach Europy, w Algierii, Maroku, Izraelu lub Tunezji – z wyłączeniem Mołdawii i Rosji – jeśli ubezpieczający zawarł umowę PWD w wariancie Super PL + EU.

W **PAS** usługę naprawy lub wymiany szyby zapewniamy w Polsce. Jeśli do uszkodzenia szyby dojdzie za granicą i tam będzie konieczna jej naprawa lub wymiana, zwracamy poniesione koszty.

W **PAZ** świadczenia zdrowotne organizujemy w Polsce.

W **PAO, PAOP** odpowiadamy za zdarzenia, które powstały w Polsce.

ZK obowiązuje w: Albanii, Azerbejdżanie, na Białorusi, w Bośni i Hercegowinie, Czarnogórze, Iranie, Izraelu, Macedonii, Maroku, Mołdawii, Rosji, Turcji, Tunezji i na Ukrainie.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

– Ma obowiązek podać nam znane sobie okoliczności, o które pytamy przy zawarciu umowy.
– Powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności, np. o przerejestrowaniu lub zbyciu pojazdu.
– Ma obowiązek najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o zdarzeniu.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa trwa:
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada **w pierwszym dniu** okresu ubezpieczenia lub później. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w terminie, możemy wypowiedzieć umowę.
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada **przed pierwszym dniem** okresu ubezpieczenia – nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty do 30 dnia od początku okresu ubezpieczenia, rozwiążemy umowę z tym dniem.

Dodatkowo pojazd może zostać wytypowany do oględzin, których dokonanie może warunkować powstanie ochrony.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
– z końcem okresu ubezpieczenia,
– w dniu odstąpienia od umowy albo na skutek jej wypowiedzenia,
– jeśli suma ubezpieczenia się wyczerpie,
– w chwili przeniesienia własności pojazdu, chyba że zgodziliśmy się na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia,
– w chwili wyrejestrowania pojazdu lub zarejestrowania go za granicą.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może rozwiązać umowę m.in. poprzez odstąpienie od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy. Może to zrobić:
– w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą,
– w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZEŃ KOMUNIKACYJNYCH PZU Auto

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
nr UZ/260/2018 z dnia 24 sierpnia 2018 r.

SPIS TREŚCI

Rozdział I Postanowienia ogólne . . . . . str. 4
Definicje . . . . . str. 4
Przedmiot ubezpieczenia . . . . . str. 9
Zakres terytorialny . . . . . str. 10

Rozdział II Ubezpieczenie PZU Auto AC . . . . . str. 10
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 10
Rozszerzenia zakresu ubezpieczenia . . . . . str. 10
Zmniejszenia zakresu ubezpieczenia . . . . . str. 11
Koszty dodatkowe . . . . . str. 11
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 11
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 12
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 12
Ogólne zasady ustalania wysokości odszkodowania . . . str. 13
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku kradzieży pojazdu . . . . . str. 13
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej . . . . . str. 13
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody całkowitej . . . . . str. 14
Szkody powstałe za granicą RP . . . . . str. 14
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody w bagażu. . . . . str. 14

Rozdział III Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona . . str. 14
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 14
Koszty dodatkowe . . . . . str. 15
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 15
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 15
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 15
Ogólne zasady ustalania wysokości odszkodowania . . . str. 15
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej w pojeździe lub jego wyposażeniu . . . str. 15
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody całkowitej w pojeździe lub jego wyposażeniu . . . str. 15
Ustalenie wysokości odszkodowania w przypadku szkody w bagażu. . . . . str. 16

Rozdział IV Ubezpieczenie PZU Pomoc w Drodze . . str. 16
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 16
Super . . . . . str. 16
Komfort. . . . . str. 18
PZU GO. . . . . str. 19
Rozszerzenia zakresu ubezpieczenia . . . . . str. 20
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 20
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 21

Rozdział V Ubezpieczenie PZU Auto Szyba . . . . str. 21
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 21
Koszty dodatkowe . . . . . str. 21
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 21
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 21
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 21
Ustalenie kosztów usług assistance . . . . . str. 21

Rozdział VI Ubezpieczenie PZU Auto NNW . . . . str. 22
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 22
Rodzaje i wysokość świadczeń . . . . . str. 22
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 22
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 23
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 23
Ustalanie wysokości i wypłata świadczeń. . . . . str. 23

Rozdział VII Ubezpieczenie PZU Auto Asystent Zdrowotny . . . . . str. 24
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 24
Rodzaje i limity świadczeń zdrowotnych . . . . . str. 24
Ustalenie prawa do świadczeń zdrowotnych i realizacja świadczeń zdrowotnych. . . . . str. 26
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 26
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 26

Rozdział VIII Ubezpieczenie PZU Auto NNW Max . . . . . str. 26
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 26
Rodzaje i wysokość świadczeń . . . . . str. 26
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 26
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 26
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 26
Ustalanie wysokości i wypłata świadczeń. . . . . str. 27

Rozdział IX Ubezpieczenie PZU Auto Zielona Karta . . . . . str. 27
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 27
Suma gwarancyjna . . . . . str. 27
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 27

Rozdział X Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona Prawna . . . . . str. 27
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 27
PZU Auto Ochrona Prawna Komfort . . . . . str. 27
PZU Auto Ochrona Prawna Super . . . . . str. 28
Poręczenie majątkowe . . . . . str. 28
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 28
Suma ubezpieczenia i limity odpowiedzialności . . . . str. 28
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 29
Ustalenie kosztów i wypłata świadczeń . . . . . str. 29
Udział adwokata lub radcy prawnego . . . . . str. 29

Rozdział XI Postanowienia wspólne . . . . . str. 29
Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . . . str. 29
Okres ubezpieczenia . . . . . str. 30
Początek i koniec odpowiedzialności PZU. . . . . str. 30
Przeniesienie praw z umowy: AC, PAO, PAS, PWD, NNW, PAZ, PAOP. . . . . str. 31
Przeniesienie praw z umowy ZK. . . . . str. 31
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 31
Zwrot składki ubezpieczeniowej. . . . . str. 32
Postępowanie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego . . . . . str. 32
Wypłata odszkodowania lub świadczenia . . . . . str. 35
Obowiązki PZU . . . . . str. 35
Roszczenia regresowe . . . . . str. 36
Postanowienia końcowe . . . . . str. 36

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,
kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Postanowienia wspólne: § 2 ust. 2, § 3, § 76 ust. 9–11, § 79 ust. 1–4, § 80 ust. 1, § 88 ust. 1 i 3 Ubezpieczenie PZU Auto AC: § 4 pkt 1, § 5 pkt 1, § 6 ust. 1 pkt 1 i ust. 2, § 7, § 8, § 9, § 11, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 79 ust. 5, § 84, § 89 ust. 1, 4 i 5 Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona: § 4 pkt 1, § 5 pkt 1, § 6 ust. 1 pkt 2, § 21, § 22, § 23, § 27, § 28, § 29, § 30, § 79 ust. 5, § 84, § 90 ust. 1 Ubezpieczenie PZU Pomoc w Drodze: § 4 pkt 2, § 5 pkt 2, § 6 ust. 3, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 79 ust. 5, § 84, § 91 Ubezpieczenie PZU Auto Szyba: § 4 pkt 3, § 5 pkt 3, § 6 ust. 4, § 38, § 39, § 43, § 79 ust. 5, § 84, § 92 Ubezpieczenie PZU Auto NNW: § 4 pkt 4, § 5 pkt 1, § 6 ust. 1 pkt 1, § 44, § 45, § 49, § 84, § 93, § 97 ust. 2 Ubezpieczenie PZU Auto Asystent Zdrowotny: § 4 pkt 5, § 5 pkt 4, § 6 ust. 5, § 50, § 51, § 52, § 84, § 94

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
	Ubezpieczenie PZU Auto NNW Max: § 4 pkt 6, § 6 ust. 1 pkt 1, § 55, § 56, § 60, § 93, § 97 ust. 2 Ubezpieczenie PZU Auto Zielona Karta: § 4 pkt 7, § 5 pkt 5, § 6 ust. 1 pkt 3, § 61, § 62, § 79 ust. 6, § 80 ust. 2, § 85, § 95, § 98 ust. 2 Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona Prawna: § 4 pkt 8, § 5 pkt 6, § 6 ust. 1 pkt 2, § 64, § 65, § 66, § 67, § 68, § 69, § 73, § 74, § 75, § 84, § 96
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Postanowienia wspólne: § 2 ust. 2, § 3, § 76 ust. 12, § 79 ust. 1–4, § 80 ust. 1, § 88 ust. 2, § 97 ust. 1, § 98 ust. 1 i 3 Ubezpieczenie PZU Auto AC: § 6 ust. 2, § 7, § 8, § 9 ust. 2, § 10, § 11, § 12, § 13 ust. 3, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 79 ust. 5, § 84, § 89 ust. 2–5, § 100 ust. 3 Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona: § 21, § 22, § 23 pkt 1, § 24, § 25 ust. 3, § 27, § 28, § 29, § 30, § 79 ust. 5, § 84, § 90 ust. 2 i 3, § 100 ust. 3 Ubezpieczenie PZU Pomoc w Drodze: § 31 ust. 4–7, § 32, § 33, § 34, § 35 ust. 2, § 36, § 79 ust. 5, § 84, § 91 ust. 2, § 100 ust. 4 Ubezpieczenie PZU Auto Szyba: § 38, § 39 pkt 1, § 40, § 41 ust. 3, § 43 ust. 1–3 i 5, § 79 ust. 5, § 84, § 100 ust. 4

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
	Ubezpieczenie PZU Auto NNW: § 44, § 45, § 46, § 49, § 84, § 97 ust. 2 pkt 1 i 4 Ubezpieczenie PZU Auto Asystent Zdrowotny: § 50, § 51, § 52, § 53, § 84 Ubezpieczenie PZU Auto NNW Max: § 55, § 56, § 57, § 60, § 97 ust. 2 pkt 1 i 4 Ubezpieczenie PZU Auto Zielona Karta: § 61, § 62 ust. 2, § 79 ust. 6, § 80 ust. 2, § 85, § 101 Ubezpieczenie PZU Auto Ochrona Prawna: § 64 ust. 1 i 3, § 65, § 66, § 67, § 68, § 69, § 70, § 71, § 73, § 75, § 84, § 96 ust. 2, § 100 ust. 4

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU") z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi.

2. OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia:
1) PZU Auto AC;
2) PZU Auto Ochrona;
3) PZU Pomoc w Drodze;
4) PZU Auto Szyba;
5) PZU Auto NNW;
6) PZU Auto Asystent Zdrowotny;
7) PZU Auto NNW Max;
8) PZU Auto Zielona Karta;
9) PZU Auto Ochrona Prawna;

z zastrzeżeniem § 77 ust. 2–8.

3. OWU mają zastosowanie również do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.

2. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 3

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:
1) **AC** – ubezpieczenie PZU Auto AC – ubezpieczenie autocasco;
2) **aplikacja** – system rozwiązań teleinformatycznych oparty na danych geolokalizacyjnych (GPS), rejestrujący ruch pojazdu oraz zakłócenia ruchu pojazdu, w tym spowodowane kolizjami drogowymi, umożliwiający niezwłoczny kontakt z ubezpieczonym przez PZU oraz rejestrujący styl jazdy kierowcy; powyższy system składa się z aplikacji mobilnej możliwej do zainstalowania na urządzeniu spełniającym wymogi określone w sklepie Play lub App Store (zwanym dalej „telefonem") oraz udostępnionego przez PZU czujnika służącego do wykrywania ruchu pojazdu, kierunku ruchu pojazdu, czasu, lokalizacji lub przeciążeń pojazdu;
3) **awaria pojazdu** – wynikające z przyczyny wewnętrznej, nagłe i niespodziewane:
   a) zatrzymanie funkcjonowania elementu mechanicznego, elektronicznego, elektrycznego, pneumatycznego lub hydraulicznego pojazdu lub
   b) zatrzymanie funkcjonowania lub uszkodzenie elementów połączonych lub współpracujących z elementem, który uległ awarii;

   w PWD za awarię pojazdu uważa się również zamarznięcie paliwa; w PWD za awarię pojazdu nie uważa się rozładowania akumulatora, przepalenia żarówki i awarii ogumienia;
4) **awaria ogumienia** – wynikające z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej przebicie lub wystrzelenie opony lub dętki, niesprawne wentyle, uchodzenie powietrza z opony lub dętki;

5) **bagaż** – bagażnik zewnętrzny zamontowany na pojeździe oraz następujące przedmioty znajdujące się w pojeździe lub w tym bagażniku zewnętrznym:
   a) przenośny sprzęt elektroniczny, w tym notebooki, netbooki, czytniki e-booków, tablety, palmtopy, telefony komórkowe, aparaty fotograficzne, kamery, urządzenia do nawigacji, odtwarzacze audio – video lub multimedialne,
   b) płyty CD, DVD, Blu-ray,
   c) atlasy samochodowe,
   d) wózki, chodziki,
   e) odzież,
   f) sprzęt sportowy, rekreacyjny, turystyczny, z wyłączeniem rowerów,
   g) torby, walizy, nesesery, plecaki, z wyłączeniem ich zawartości, chyba że są to rzeczy określone w lit. a–f;
6) **bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
7) **Centrum Powiadamiania Ratunkowego** – jednolity system, który obsługuje zgłoszenia alarmowe kierowane na numer alarmowy 112, umożliwiający przekazanie zgłoszenia alarmowego w celu zaangażowania właściwych służb ratowniczych;
8) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, udokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
9) **części oryginalne** – części zamienne sygnowane logo producenta danej marki pojazdu oraz zalecane przez tego producenta lub oficjalnych importerów do stosowania przez ich sieci serwisowe;
10) **części alternatywne** – części zamienne uwzględnione w aktualnych polskich wydaniach systemu Audatex, Eurotax lub DAT, dystrybuowane poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu;
11) **czynności życia prywatnego** – w PAOP – czynności dotyczące sfery prywatnej, niezwiązane z aktywnością zawodową i pozostające bez związku z wykonywaniem obowiązków służbowych, pracą zarobkową, praktyczną nauką zawodu poza siedzibą szkoły; za czynności życia prywatnego nie uważa się wykonywania działalności gospodarczej, wolnego zawodu, pełnienia funkcji, w tym funkcji honorowych w związkach, zrzeszeniach, organizacjach społecznych lub politycznych oraz pracy w charakterze wolontariusza;
12) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
13) **dokumenty pojazdu** – dowód rejestracyjny i karta pojazdu, jeżeli została wydana dla pojazdu;
14) **dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
15) **holowanie pojazdu** – holowanie lub transport pojazdu, w tym jego załadunek i rozładunek na pojazd holowniczy lub transportujący, wydobycie pojazdu z miejsca uniemożliwiającego ruch pojazdu np. z przydrożnego rowu, postawienie na koła jeśli jest przewrócony, prace przygotowujące jeśli są konieczne: demontaż układu napędowego lub rozpięcie wału, demontaż lub odblokowanie układu hamulcowego, montaż tablic ostrzegawczych lub oświetlenia ostrzegawczego;
16) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie dłużej niż jeden dzień:
   a) którego celem jest poddanie się uzasadnionemu stanem zdrowia leczeniu i który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia, a odroczenie w czasie pomocy medycznej w szpitalu mogłoby skutkować utratą zdrowia lub życia lub
   b) związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie;

   za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
17) **Infolinia medyczna** – całodobowa infolinia medyczna służąca ubezpieczonym w szczególności do umawiania świadczeń zdrowotnych poprzez wskazanie placówki medycznej oraz terminu realizacji świadczenia zdrowotnego;
18) **inny pojazd:**
   a) w AC, PAO i PAOP – pojazd nieobjęty odpowiednio umową AC, umową PAO albo umową PAOP,
   b) w PWD – pojazd unieruchomiony w związku z ruchem pojazdu, którego dotyczy PWD, gdy odpowiedzialność za szkodę ponosi posiadacz pojazdu, którego dotyczy PWD, objęty jednocześnie przez PZU ochroną ubezpieczeniową w zakresie OC tego pojazdu;
19) **kierowca** – kierujący pojazdem;
20) **koszt naprawy lub wymiany szyby** – koszt szyby i usługi polegającej na zamontowaniu szyby lub naprawieniu szyby, w tym koszty wymiany lub naprawy elementów na stałe związanych z szybą: uszczelki, listwy, uchwytu, ogrzewania – o ile uszkodzenia lub zniszczenia tych elementów powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub ich wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby, z wyłączeniem kosztów innych napraw w pojeździe;
21) **koszty postępowania egzekucyjnego** – regulowane powszechnie obowiązującymi przepisami prawa koszty związane z prowadzeniem postępowania egzekucyjnego w sprawach cywilnych, do których uiszczenia ubezpieczony jest zobowiązany jako egzekwowany dłużnik lub jako egzekwujący wierzyciel;
22) **koszty postępowania sądu polubownego** – koszty prowadzenia postępowania przed sądem polubownym łącznie z kosztami postępowania o stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego;
23) **koszty sądowe** – określone przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa koszty związane z postępowaniem sądowym cywilnym, sądowym karnym albo dyscyplinarnym, obejmujące opłaty i wydatki wszystkich instancji, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych, do których poniesienia lub zaliczkowego uiszczenia ubezpieczony jest zobowiązany;
24) **kradzież** – zabór mienia w celu jego przywłaszczenia przez osobę niebędącą osobą uprawnioną do korzystania z tego mienia;
25) **leczenie:**
   a) wizyty lekarskie, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza,
   b) rehabilitacja,
   c) przyjmowanie leków, stosowanie środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
   d) leczenie szpitalne,
   e) transport z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego do szpitala, ambulatorium lub innego miejsca udzielenia pierwszej pomocy medycznej, z wyłączeniem transportu między placówkami medycznymi i z placówki medycznej do miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz dojazdów ubezpieczonego w związku z okolicznościami wymienionymi w lit. a–d, z zastrzeżeniem, że w umowie PAZ transport rozumiany jest zgodnie z § 51;
26) **leczenie uciążliwe** – leczenie, w trakcie którego przeprowadzono operację chirurgiczną lub hospitalizacja trwała minimum 5 dni;
27) **miejsce zamieszkania (siedziba)** – w PWD:
   a) jeżeli właścicielem oraz posiadaczem pojazdu jest ta sama osoba – adres w RP wskazany w umowie PWD jako miejsce zamieszkania (siedziby) właściciela pojazdu,
   b) jeżeli posiadaczem pojazdu jest osoba, o której mowa w pkt 38 lit. a – adres w RP wskazany w umowie PWD jako miejsce zamieszkania (siedziby) posiadacza pojazdu;
28) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;

29) **naprawa na miejscu:**
   a) w PWD – usunięcie usterki technicznej w pojeździe w zakresie niezbędnym do kontynuowania jazdy, bez konieczności holowania pojazdu do warsztatu,
   b) w NNW i NNW Max – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony podczas postoju pojazdu, związanych z unieruchomieniem pojazdu, mających na celu kontrolę stanu technicznego pojazdu, usunięcie przyczyny unieruchomienia lub zapewnienie bezpieczeństwa w miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
30) **nieszczęśliwy wypadek:**
   a) w NNW – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
   b) w NNW Max – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli zmarł albo doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które skutkują niezdolnością do pracy ubezpieczonego,
   c) w PAZ – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
31) **niezdolność do pracy** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji, będąca wyłącznym następstwem wypadku ubezpieczeniowego;
32) **NNW** – ubezpieczenie PZU Auto NNW – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego;
33) **NNW Max** – ubezpieczenie PZU Auto NNW Max – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego;
34) **OC** – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
35) **okres eksploatacji pojazdu** – okres liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, a jeżeli:
   a) pierwsza rejestracja nastąpiła w innym roku niż rok produkcji pojazdu, okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu,
   b) nie jest znana data pierwszej rejestracji pojazdu, okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 maja roku produkcji pojazdu;

   dla celów ustalenia wysokości odszkodowania okres eksploatacji pojazdu liczony jest do dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
36) **operacja chirurgiczna** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego i przeprowadzony metodą:
   a) otwartą lub
   b) endoskopową;

   za operację chirurgiczną nie uważa się następujących zabiegów medycznych: punkcji, biopsji, iniekcji, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacji, dializy, blokady, wenesekcji, tamponady, wziernikowania;
37) **osoba bliska** – małżonek, konkubent, wstępny, zstępny, brat, siostra, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;
38) **osoba uprawniona do korzystania z pojazdu** – w AC i PAS:
   a) korzystający z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorca, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania, albo najemca lub dzierżawca pojazdu w ramach umowy zawartej z firmą zarządzającą flotami samochodowymi (CFM) lub firmą leasingową w zakresie wynajmu długoterminowego lub dzierżawy długoterminowej albo
   b) inna niż określona w lit. a osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą właściciela, w szczególności na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu, w ramach stosunku pracy albo
   c) osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w lit. a albo lit. b, albo
   d) osoba, której osoba określona w lit. a, lit. b albo lit. c, zezwoliła grzecznościowo na jednorazowe, krótkotrwałe skorzystanie z pojazdu;
39) **otwieranie lub zamykanie drzwi lub bramy garażu lub posesji** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony będący kierowcą w związku z otwieraniem lub zamykaniem drzwi garażu lub bramy garażu lub posesji w celu wjazdu do tego garażu lub na teren tej posesji lub wyjazdu z tego garażu lub z terenu tej posesji;
40) **PAO** – ubezpieczenie PZU Auto Ochrona;
41) **PAOP** – ubezpieczenie PZU Auto Ochrona Prawna;
42) **PAS** – ubezpieczenie PZU Auto Szyba;
43) **PAZ** – ubezpieczenie PZU Auto Asystent Zdrowotny;
44) **placówka medyczna** – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej; w PAZ – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej współpracujący ze świadczeniodawcą;
45) **pobieranie paliwa** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony będący kierowcą na stacji paliw w związku z obsługą dystrybutora paliwa, podczas nalewania paliwa, przejścia od dystrybutora paliwa do kasy w celu dokonania zapłaty oraz powrotu do pojazdu;
46) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 4 i § 5; w NNW Max pojazd mechaniczny z wyłączeniem motocykla i quada;
47) **Porozumienie Wielostronne** – umowa zawarta między biurami narodowymi z państw członkowskich Unii Europejskiej, państw Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz państw stowarzyszonych, określająca wzajemne stosunki między biurami narodowymi;
48) **praca pojazdu niepodlegającego rejestracji** – używanie pojazdu niepodlegającego rejestracji, lecz dopuszczonego do ruchu na podstawie przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym, do prowadzenia prac budowlanych, montażowych, leśnych lub rolniczych, lub ruch takiego pojazdu poza drogą rozumianą zgodnie z art. 2 pkt 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym; za pracę pojazdu niepodlegającego rejestracji uważa się również czynności:
   a) wykonywane stale lub tymczasowo,
   b) przygotowawcze lub pomocnicze,
   c) wykonywane przy wykorzystaniu pojazdu lub pojazdu wraz z zamontowaną na nim maszyną lub zespołem maszyn;
49) **praca zarobkowa** – forma świadczenia pracy za wynagrodzeniem w ramach umowy cywilnoprawnej, stosunku pracy, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym, a także w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
50) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów), zalecone przez lekarza;
51) **przywłaszczenie pojazdu** – bezprawne włączenie pojazdu do swojego majątku lub wykonywanie wobec niego w inny sposób uprawnień właściciela przez osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, w szczególności odmowa zwrotu pojazdu na wezwanie jego właściciela w związku z rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy uprawniającej do korzystania z pojazdu;
52) **PWD** – ubezpieczenie PZU Pomoc w Drodze;
53) **rehabilitacja** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;

54) **rozładowywanie pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony, polegających wyłącznie na wyjmowaniu elementów ładunku z pojazdu na zewnątrz pojazdu do chwili, gdy ładunek znajdzie się już poza pojazdem; nie dotyczy czynności polegających na przenoszeniu ładunku po jego wyjęciu z pojazdu do miejsca przeznaczenia ładunku;
55) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
56) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
57) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
58) **sprawca wypadku ubezpieczeniowego** – w PAO kierowca lub posiadacz pojazdu innego niż ubezpieczony pojazd, który na podstawie obowiązujących przepisów prawa ponosi odpowiedzialność cywilną za zajście wypadku ubezpieczeniowego;
59) **suma gwarancyjna** – w ZK określona w OWU kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę poszkodowanych, ustalana odrębnie dla szkód na osobie i szkód w mieniu;
60) **suma ubezpieczenia:**
    a) w AC, PAS, PAOP – określona w umowie AC, PAS, PAOP, kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia,
    b) w PAO – określona w umowie PAO kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia,
    c) w NNW – określona w umowie NNW kwota stanowiąca podstawę ustalania świadczeń przysługujących z tytułu NNW w stosunku do jednego ubezpieczonego i na każdy wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 45 ust. 1 pkt 5–8, ust. 2 i ust. 3 oraz § 49 ust. 9 i ust. 11,
    d) w NNW Max – określona w umowie NNW Max kwota stanowiąca podstawę ustalania świadczeń przysługujących z tytułu NNW Max na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 60 ust. 7;
61) **szkoda całkowita:**
    a) w AC – uszkodzenie pojazdu w takim zakresie, że koszty jego naprawy ustalone według zasad określonych w § 18 ust. 2 przekraczają 70% wartości pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania,
    b) w PAO – uszkodzenie pojazdu w takim zakresie, że koszty jego naprawy ustalone według zasad określonych w § 29 ust. 2 przekraczają wartość pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania;
62) **szkoda częściowa:**
    a) w AC – szkoda inna niż szkoda całkowita,
    b) w PAO – uszkodzenie pojazdu w takim zakresie, że koszty jego naprawy nie przekraczają wartości pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania;
63) **szkoda na osobie** – w NNW, NNW Max, PAO i ZK – szkoda będąca następstwem śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
64) **szkoda eksploatacyjna** – szkoda powstała w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia;
65) **szkoda kradzieżowa** – kradzież pojazdu, jego części lub wyposażenia, włamanie do pojazdu lub uszkodzenie pojazdu w następstwie jego zabrania w celu krótkotrwałego użycia, kradzieży pojazdu, jego części lub wyposażenia lub w następstwie włamania do pojazdu; za szkodę kradzieżową uważa się także kradzież bagażu, jeżeli umowa AC obejmuje dodatkowo szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie bagażu;
66) **szkoda rzeczowa** – w PAO szkoda polegająca na zniszczeniu lub uszkodzeniu rzeczy, z wyłączeniem utraconych korzyści ubezpieczonego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiło zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy;
67) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje: domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów i szpitali sanatoryjnych;
68) **świadczenie zdrowotne** – w PAZ usługa medyczna objęta odpowiedzialnością PZU, konieczna w związku z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
69) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU, który jest organizatorem realizowanych świadczeń zdrowotnych;
70) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
71) **ubezpieczający** – osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
72) **ubezpieczony** – osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia:
    a) w AC i PAS – właściciel pojazdu,
    b) w PAO – właściciel pojazdu i nie wskazany imiennie kierowca pojazdu,
    c) w PWD, NNW i PAZ – nie wskazany imiennie kierowca lub pasażer pojazdu,
    d) w NNW Max – wskazany imiennie w umowie NNW Max kierowca lub pasażer pojazdu,
    e) w ZK – posiadacz pojazdu lub kierowca,
    f) w PAOP – osoba fizyczna będąca właścicielem lub współwłaścicielem pojazdu oraz jej osoba bliska pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, a w przypadku, gdy pojazd jest przewłaszczony na bank na zabezpieczenie udzielonego kredytu – osoba fizyczna wskazana w umowie przewłaszczenia, której pozostawiono pojazd do używania, będąca kredytobiorcą oraz jej osoba bliska pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym;
73) **udział własny** – w AC i PAS – określona w umowie ubezpieczenia kwota pomniejszająca odszkodowanie, stanowiąca ryzyko własne ubezpieczonego, wyrażona procentowo w stosunku do sumy ubezpieczenia albo procentowo w stosunku do odszkodowania albo wyrażona kwotowo; w przypadku zbiegu udziałów własnych z różnych tytułów, odszkodowanie pomniejsza się o każdy udział własny zaczynając od największego, przy czym kwota odszkodowania pomniejszona o pierwszy udział własny stanowi podstawę do obliczenia kwoty kolejnego udziału własnego i zasadę tę stosuje się odpowiednio do każdego następnego udziału własnego;
74) **umowa AC** – umowa ubezpieczenia AC zawarta z PZU;
75) **umowa direct** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość drogą elektroniczną, niebędąca umową przez infolinię albo umową w systemie uproszczonym;
76) **umowa przez infolinię** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość za pośrednictwem infolinii PZU, niebędąca umową direct albo umową w systemie uproszczonym;
77) **umowa NNW** – umowa ubezpieczenia PZU Auto NNW zawarta z PZU;
78) **umowa NNW Max** – umowa ubezpieczenia PZU Auto NNW Max zawarta z PZU;
79) **umowa OC** – umowa ubezpieczenia OC zawarta z PZU;
80) **umowa PAO** – umowa ubezpieczenia PZU Auto Ochrona zawarta z PZU;
81) **umowa PAOP** – umowa ubezpieczenia PZU Auto Ochrona Prawna zawarta z PZU;
82) **umowa PAS** – umowa ubezpieczenia PZU Auto Szyba zawarta z PZU;
83) **umowa PAZ** – umowa ubezpieczenia PZU Auto Asystent Zdrowotny zawarta z PZU;
84) **umowa PWD** – umowa ubezpieczenia PZU Pomoc w Drodze zawarta z PZU;
85) **umowa w systemie uproszczonym** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zastosowaniem przesłanej przez PZU oferty, niebędąca umową direct albo umową przez infolinię;
86) **umowa ZK** – umowa ubezpieczenia PZU Auto Zielona Karta zawarta z PZU;

87) **unieruchomienie pojazdu** – brak możliwości poruszania się pojazdem w następstwie zajścia okoliczności powodujących niewłaściwe funkcjonowanie pojazdu lub uniemożliwiających jazdę w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ustawy Prawo o ruchu drogowym;
88) **uposażony** – w NNW i NNW Max – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
89) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
90) **używanie pojazdu:**
    a) wsiadanie lub wysiadanie z pojazdu,
    b) załadowywanie lub rozładowywanie pojazdu,
    c) zatrzymanie lub postój pojazdu na trasie jazdy,
    d) naprawa na miejscu,
    e) otwieranie lub zamykanie drzwi lub bramy garażu lub posesji,
    f) pobieranie paliwa;
91) **warsztat ANS** – warsztat należący do Sieci Naprawczej PZU współpracujący z PZU w zakresie realizacji świadczeń w ramach opcji Auto Non Stop, o której mowa w § 9 ust. 2 pkt 1; wykaz warsztatów ANS jest dostępny na stronie internetowej www.pzu.pl oraz w jednostkach organizacyjnych PZU;
92) **warsztat partnerski** – warsztat należący do Sieci Naprawczej PZU (autoryzowany lub niezależny), wskazany przez PZU do dokonywania napraw pojazdów w ramach wariantu partnerskiego; wykaz warsztatów partnerskich jest dostępny na stronie internetowej www.pzu.pl oraz w jednostkach organizacyjnych PZU;
93) **wartość pojazdu** – wartość pojazdu ustalana na podstawie aktualnych na dzień ustalenia tej wartości notowań rynkowych cen pojazdu danej marki, modelu i typu, z uwzględnieniem jego pochodzenia, roku produkcji, daty pierwszej rejestracji, wyposażenia, przebiegu, ilości właścicieli, wcześniejszych napraw, stanu technicznego i charakteru eksploatacji; w przypadku braku notowań rynkowych danego pojazdu wartość pojazdu ustala się metodą wyceny indywidualnej; w przypadku pojazdu fabrycznie nowego, którego nabycie jest potwierdzone fakturą VAT:
    a) w okresie 6 miesięcy od dnia wystawienia faktury VAT określa się na podstawie tej faktury VAT, o ile nie jest ona niższa od wartości pojazdu wynikającej z notowań rynkowych,
    b) jeśli wartość pojazdu określona w fakturze VAT jest niższa od wartości wynikającej z notowań rynkowych, wartość pojazdu ustala się na podstawie notowań rynkowych,
    c) wartość pojazdu ustalona na podstawie faktury VAT nie ulega zmianie dla celów umowy AC lub umowy PAO w okresie 6 miesięcy od dnia wystawienia tej faktury VAT;
94) **wartość pojazdu brutto** – wartość pojazdu uwzględniająca naliczony przy jego nabyciu podatek VAT obliczony według stawki obowiązującej dla tego rodzaju pojazdów;
95) **wartość pojazdu netto** – wartość pojazdu bez uwzględnienia naliczonego podatku VAT obliczonego według stawki obowiązującej dla tego rodzaju pojazdów;
96) **wartość pojazdu netto +50% VAT** – wartość pojazdu uwzględniająca połowę naliczonego przy jego nabyciu podatku VAT obliczonego według stawki obowiązującej dla tego rodzaju pojazdów;
97) **wniosek** – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia złożony przez ubezpieczającego w formie ustalonej przez PZU, utrwalony w systemie teleinformatycznym PZU lub w inny sposób, ustalający warunki umowy ubezpieczenia oraz stanowiący integralną część tej umowy;
98) **wsiadanie do pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz tego pojazdu;
99) **wypadek** – zdarzenie, w wyniku którego pojazd został unieruchomiony, z wyłączeniem kradzieży pojazdu, awarii pojazdu, awarii ogumienia, przepalenia żarówki, rozładowania akumulatora, zniszczenia, kradzieży, zagubienia lub utraty z innych przyczyn kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu; za wypadek uważa się w szczególności kolizję, pożar, szkodę kradzieżową niebędącą kradzieżą pojazdu, włamanie do pojazdu lub uszkodzenie pojazdu, które powodują unieruchomienie pojazdu;
100) **wypadek ubezpieczeniowy:**
    a) w AC – zdarzenie niezależne od woli ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu powodujące szkodę objętą zakresem AC,
    b) w PAO – zdarzenie powodujące w ubezpieczonym pojeździe szkodę objętą zakresem PAO, powstałe w związku z ruchem innego pojazdu,
    c) w PWD w wariancie Komfort – następujące zdarzenia:
        – wypadek,
        – awaria pojazdu,
        – kradzież pojazdu,
        – uszkodzenie ciała lub śmierć ubezpieczonego powstałe w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu,
        – unieruchomienie innego pojazdu,
        – odnalezienie pojazdu po kradzieży,
        – nagłe zachorowanie kierowcy,
    d) w PWD w wariancie Super – następujące zdarzenia:
        – wypadek,
        – awaria pojazdu,
        – awaria ogumienia,
        – przepalenie żarówki,
        – rozładowanie akumulatora,
        – kradzież pojazdu,
        – wyczerpanie paliwa,
        – użycie niewłaściwego paliwa,
        – zatrzaśnięcie kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu,
        – zniszczenie, kradzież, zagubienie lub utrata z innych przyczyn kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu,
        – uszkodzenie ciała lub śmierć ubezpieczonego powstałe w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu,
        – unieruchomienie innego pojazdu,
        – odnalezienie pojazdu po kradzieży,
        – nagłe zachorowanie kierowcy,
    e) w PWD w wariancie PZU GO:
        – przednie, tylne lub boczne zetknięcie się pojazdu z pojazdem nie wskazanym w umowie PWD lub ze znajdującymi się na zewnątrz pojazdu: osobami, zwierzętami lub przedmiotami,
        – uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu,
    f) w PAS – uszkodzenie lub zniszczenie w pojeździe szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu,
    g) w NNW – nieszczęśliwy wypadek, który zaszedł w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu wskazanego w umowie NNW,
    h) w PAZ – nieszczęśliwy wypadek, który zaszedł w związku z ruchem pojazdu wskazanego w umowie PAZ,
    i) w NNW Max – nieszczęśliwy wypadek, który zaszedł w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu,
    j) w ZK – zdarzenie, w wyniku którego w związku z ruchem pojazdu została wyrządzona osobie trzeciej szkoda, za którą odpowiedzialność cywilną ponosi posiadacz tego pojazdu lub kierowca,
    k) w PAOP:
        – w przypadku dochodzenia przez ubezpieczonego własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych – pierwsze zdarzenie powodujące szkodę ubezpieczonego z tytułu danego czynu niedozwolonego,
        – w przypadku obrony ubezpieczonego w zakresie prawa karnego z tytułu przestępstw lub wykroczeń przeciwko bezpieczeństwu lub porządkowi w komunikacji – pierwsze faktyczne lub domniemane naruszenie prawa karnego lub wykroczeń przez ubezpieczonego,

– w przypadku postępowania związanego z zatrzymaniem prawa jazdy ubezpieczonego lub zatrzymaniem dowodu rejestracyjnego pojazdu – faktyczne zatrzymanie tego dokumentu,
– w przypadku ochrony interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie umów związanych z pojazdem – pierwsza czynność z tytułu danego naruszenia postanowień umowy powodująca konieczność ochrony interesów prawnych ubezpieczonego,
– w przypadku ochrony interesów prawnych ubezpieczonego w związku z postępowaniem podatkowym dotyczącym pojazdu – powstanie obowiązku podatkowego;

101) **wyposażenie pojazdu** – sprzęt i urządzenia zamontowane w pojeździe, służące do utrzymania i używania pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem, a także służące bezpieczeństwu jazdy oraz zabezpieczeniu pojazdu przed kradzieżą, będące własnością ubezpieczonego; za wyposażenie pojazdu uważa się sprzęt i urządzenia stanowiące wyposażenie standardowe pojazdu oraz sprzęt i urządzenia inne niż stanowiące wyposażenie standardowe pojazdu, o ile zostało wymienione w umowie AC i uwzględnione w wartości pojazdu;
102) **wysiadanie z pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi wewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się na zewnątrz tego pojazdu;
103) **ZK** – ubezpieczenie PZU Auto Zielona Karta – ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym;
104) **załadowywanie pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony, polegających wyłącznie na umiejscawianiu elementów ładunku w pojeździe od chwili, gdy ładunek znajdował się w pobliżu pojazdu gotowy do umieszczenia wewnątrz tego pojazdu; nie obejmuje czynności polegających na przenoszeniu ładunku w pobliże pojazdu;
105) **zasiłek dzienny** – świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
106) **zatrzymanie lub postój na trasie jazdy** – przerwa w ruchu pojazdu, która odbywa się na drodze, poboczu, chodniku, stacji paliw lub parkingu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia:
1) w AC i PAO – jest pojazd, wraz z wyposażeniem określonym w umowie ubezpieczenia:
   a) zarejestrowany w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym,
   b) niezarejestrowany, lecz podlegający rejestracji w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym w przypadku, gdy ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w RP,
   c) w porozumieniu z ubezpieczającym – pojazd niewymieniony w lit. a i lit. b;
2) w PWD – jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów usług assistance wymienionych w § 32, § 33 albo § 34, dotyczących pojazdu lub innego pojazdu;
3) w PAS – jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów usług assistance polegających na naprawie lub wymianie szyby zamontowanej w pojeździe: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu;
4) w NNW – są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu, przy czym w przypadkach, o których mowa w § 3 pkt 90 lit. e i lit. f, przedmiotem ubezpieczenia są wyłącznie następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałe u kierowcy;
5) w PAZ – jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 51, związanych z następstwami wypadku ubezpieczeniowego;
6) w NNW Max – są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu, z wyłączeniem motocykli i quadów;
7) w ZK – jest odpowiedzialność cywilna posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego zarejestrowanego w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym, za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z ruchem tego pojazdu za granicą RP na terytorium państw, których biura narodowe są Członkami Systemu Zielonej Karty, ale nie są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, tj. państw, na terytorium których zajście wypadku ubezpieczeniowego nie jest objęte OC;
8) w PAOP – jest pokrycie lub zwrot niezbędnych i prawnie uzasadnionych kosztów ochrony prawnej w celu ochrony interesów prawnych ubezpieczonego w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego, w zakresie określonym w wybranym wariancie ubezpieczenia, o którym mowa w § 64, przy czym koszty są niezbędne i prawnie uzasadnione, jeżeli ochrona interesów prawnych ubezpieczonego lub dochodzenie roszczeń jest dopuszczalne w świetle obowiązujących przepisów prawa.

§ 5

Ubezpieczenia określone w OWU mogą dotyczyć następujących rodzajów pojazdów, o których mowa w § 4:
1) w AC, PAO i NNW:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe,
   c) autobusy,
   d) motocykle,
   e) samochody specjalne,
   f) ciągniki samochodowe,
   g) ciągniki rolnicze,
   h) motorowery,
   i) przyczepy,
   j) naczepy,
   k) pojazdy wolnobieżne w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
   l) trolejbusy,
   m) tramwaje,
   n) wózki inwalidzkie o napędzie elektrycznym lub spalinowym,
   o) pojazdy samochodowe inne;
2) w PWD w wariancie Super i w wariancie Komfort:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony,
   c) przyczepy kempingowe,
   d) przyczepy o ładowności do 2 ton,
   e) motocykle,
   f) motorowery,
3) w PWD w wariancie PZU GO:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe w nadwoziu osobowego;
4) w PAS:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe,
   c) autobusy;
5) w PAZ:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe,
   c) motocykle,
   d) samochody specjalne,
   e) ciągniki samochodowe,
   f) ciągniki rolnicze,
   g) motorowery,
   h) pojazdy wolnobieżne w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
   i) wózki inwalidzkie o napędzie elektrycznym lub spalinowym,
   j) pojazdy samochodowe inne;
6) w ZK:
   a) samochody osobowe,
   b) samochody ciężarowe,
   c) autobusy,

d) motocykle,
e) samochody specjalne,
f) ciągniki samochodowe,
g) ciągniki rolnicze,
h) motorowery,
i) przyczepy,
j) naczepy,
k) pojazdy samochodowe inne;

7) w PAOP:
a) samochody osobowe,
b) samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony,
c) motocykle,
d) motorowery,
e) quady.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 6

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły:
1) w AC, NNW i NNW Max – na terytorium RP i innych państw Europy oraz na terytorium Algierii, Maroka, Izraela, Cypru i Tunezji, z zastrzeżeniem ust. 2;
2) w PAO, PAOP – na terytorium RP;
3) w ZK – na terytorium państw, których biura narodowe są Członkami Systemu Zielonej Karty, ale nie są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, tj. państw na terytorium których zajście wypadku ubezpieczeniowego nie jest objęte OC.

2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, AC nie są objęte szkody kradzieżowe powstałe na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii.

3. W PWD usługi assistance, o których mowa w § 32–34, świadczone są:
1) w wariancie Super:
a) na terytorium RP i w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium RP albo
b) na terytorium RP oraz na terytorium innych państw Europy (z wyłączeniem Mołdawii i Rosji), a także na terytorium Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji, w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium tych państw,
w zależności od zakresu terytorialnego określonego w umowie PWD;
2) w wariancie Komfort – na terytorium RP i w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium RP;
3) wariancie PZU GO – na terytorium RP i w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium RP.

4. W PAS organizacja naprawy lub wymiany szyb w pojeździe wykonywana jest przez PZU tylko na terytorium RP. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego za granicą RP ubezpieczony może we własnym zakresie zlecić za granicą RP naprawę lub wymianę szyby w pojeździe, wówczas PZU zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty naprawy lub wymiany szyby.

5. W PAZ organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 51, wykonywana jest na terytorium RP, w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł na terytorium RP, a także innych państw Europy oraz na terytorium Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji.

ROZDZIAŁ II
UBEZPIECZENIE PZU AUTO AC
ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Zakresem AC objęte są szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie pojazdu, jego części lub wyposażenia, wskutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 12.

2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w AC zastosowanie mają następujące udziały własne:
1) 500 zł – jeżeli nie zastosowano zmniejszenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 (Mini);
2) 20% odszkodowania, nie mniej jednak niż 500 zł – jeżeli zastosowano zmniejszenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 (Mini);
3) 25% odszkodowania – jeżeli ubezpieczony lub osoba, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a, będąca osobą fizyczną albo osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą i posiadającą nie więcej niż 5 pojazdów, w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia jest w wieku poniżej 26 lat.

§ 8

1. Umowę AC zawiera się w wariancie:
1) serwisowym, o którym mowa w § 17 ust. 1 pkt 1;
2) optymalnym, o którym mowa w § 17 ust. 1 pkt 2;
3) partnerskim, o którym mowa w § 17 ust. 1 pkt 3;
4) w przypadku zastosowania zmniejszenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 (Mini) – w wariancie optymalnym, o którym mowa w § 17 ust. 1 pkt 2.

2. Umowa AC może być zawarta z zastosowaniem rozszerzonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 9, lub zmniejszonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10. Umowa AC z zastosowaniem zmniejszenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 (Mini), nie może zostać zawarta w wariancie serwisowym i w wariancie partnerskim lub z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2 lub ust. 2.

ROZSZERZENIA ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa AC:
1) może zostać zawarta z zastosowaniem opcji Auto Wartość 100% zapewniającej zachowanie wartości pojazdu ustalonej na dzień zawarcia umowy AC, bez uwzględnienia naturalnej utraty wartości rynkowej pojazdu pod warunkiem, że do jej ustalenia ubezpieczający podał zgodne ze stanem faktycznym informacje o pojeździe, o które PZU pytał przy zawarciu umowy AC; jeżeli informacje te nie były zgodne ze stanem faktycznym, za wartość pojazdu uważa się wartość pojazdu właściwą na dzień zawarcia umowy AC zgodnie ze stanem faktycznym; wartości tej nie stosuje się w celu ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, o którym mowa w § 18 ust. 1;
2) może obejmować szkody kradzieżowe zaistniałe na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii;
3) może obejmować szkody powstałe w pojazdach przeznaczonych do:
a) zarobkowego przewozu osób, w tym taxi – dotyczy wyłącznie samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych ciężarowych o ładowności do 750 kg,
b) wynajmu zarobkowego w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów,
c) udostępniania jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu,
d) przewozu przesyłek kurierskich – dotyczy wyłącznie samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych ciężarowych o ładowności do 2 ton,
e) jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia,
f) nauki jazdy
– w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu w celach, o których mowa w lit. a–f.

2. Za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa AC może obejmować dodatkowo:
1) w przypadku umów AC, w których przedmiotem ubezpieczenia są samochody osobowe lub ciężarowe w nadwoziu osobowego, z wyłączeniem samochodów stanowiących przedmiot wynajmu lub zarządzania w ramach umowy zawartej z firmą zarządzającą flotami samochodowymi (CFM) – opcję Auto Non Stop, tj. pakiet świadczeń przysługujących w przypadku powstania szkody polegającej na uszkodzeniu pojazdu, objętej zakresem AC, obejmujący:
a) organizację oraz pokrycie przez PZU kosztów odbioru pojazdu od ubezpieczonego, ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu oraz dostarczenia pojazdu do wybranego przez ubezpieczonego lub ubezpieczającego warsztatu ANS,

b) organizację przez PZU naprawy pojazdu w warsztacie ANS,
c) organizację oraz pokrycie przez PZU kosztów wynajmu pojazdu zastępczego na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu w warsztacie ANS; PZU podstawia pojazd zastępczy do miejsca wskazanego przez ubezpieczonego, ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu i odbiera pojazd zastępczy z warsztatu ANS, w którym naprawiany był ubezpieczony pojazd, po jego naprawie; jeżeli po podstawieniu przez PZU pojazdu zastępczego z jakiegokolwiek powodu ubezpieczony pojazd nie będzie naprawiany (np. ubezpieczony zrezygnuje z naprawy lub ma miejsce szkoda całkowita), PZU pokrywa koszty wynajmu pojazdu zastępczego za okres od dnia podstawienia przez PZU pojazdu zastępczego do miejsca wskazanego przez ubezpieczonego, ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu, przy czym jeżeli do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu, pojazd ten nie zostanie dostarczony do warsztatu ANS, ubezpieczony, ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, we własnym zakresie zwraca pojazd zastępczy do wypożyczalni; ubezpieczony pokrywa koszt wynajmu pojazdu zastępczego od dnia upływu powyższego terminu; PZU zapewnia pojazd zastępczy klasyfikowany w tym samym segmencie rynkowym co ubezpieczony pojazd, jednak nie wyższym niż D, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd ubezpieczony; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej; świadczenia objęte opcją Auto Non Stop realizowane są wyłącznie w RP; koszty tych świadczeń nie pomniejszają sumy ubezpieczenia;

2) opcję Auto Holowanie obejmującą zwrot udokumentowanych kosztów holowania pojazdu z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego ponad limit określony w § 11 ust. 2; PZU zwraca koszty holowania do wysokości dodatkowego limitu odpowiedzialności określonego w umowie AC, przy czym limit ten ulega pomniejszeniu o kwotę każdorazowego zwrotu tych kosztów;
3) opcję Auto Zastępcze obejmującą zwrot udokumentowanych kosztów korzystania z pojazdu zastępczego o zbliżonych parametrach technicznych do ubezpieczonego pojazdu za okres nie wcześniej niż od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego do dnia dokonania naprawy ubezpieczonego pojazdu, przy czym nie dłuższy niż uzasadniony technologicznie okres wykonywania naprawy pojazdu w RP, a jeżeli z jakiegokolwiek powodu ubezpieczony pojazd nie będzie naprawiany (np. ubezpieczony zrezygnuje z naprawy lub ma miejsce szkoda całkowita), PZU pokrywa udokumentowane koszty wynajmu pojazdu zastępczego w okresie do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu; PZU zwraca koszty pojazdu zastępczego do wysokości dodatkowego limitu odpowiedzialności określonego w umowie AC, przy czym limit ten ulega pomniejszeniu o kwotę każdorazowego zwrotu tych kosztów;
4) w przypadku umów AC, w których przedmiotem ubezpieczenia są samochody osobowe, samochody ciężarowe w nadwoziu osobowego lub samochody ciężarowe o ładowności do 750 kg – szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie bagażu należącego do ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, pod warunkiem że uszkodzenie, zniszczenie lub utrata bagażu powstały w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego, w wyniku którego wystąpiła szkoda w pojeździe, jego części lub wyposażeniu, objęta zakresem AC, za którą PZU ponosi odpowiedzialność na podstawie OWU.

ZMNIEJSZENIA ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 10

Umowa AC, w przypadku pojazdów powyżej 3 roku eksploatacji, za zmniejszoną składkę ubezpieczeniową może zostać zawarta z ograniczonym zakresem ubezpieczenia (Mini) tj. nie obejmującym szkód powstałych wskutek wypadków ubezpieczeniowych polegających na nagłym działaniu siły mechanicznej:

1) w chwili zetknięcia pojazdu z innym pojazdem;
2) w chwili zetknięcia pojazdu znajdującego się w ruchu z przedmiotem, przy czym pod pojęciem przedmiotu rozumie się nieruchomości i rzeczy ruchome poza zwierzętami,

oraz ustaleniem wysokości odszkodowania w przypadku szkody częściowej na podstawie wyceny PZU, o której mowa w § 17 ust. 5.

KOSZTY DODATKOWE

§ 11

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, PZU zwraca w granicach sumy ubezpieczenia uzasadnione okolicznościami danego wypadku ubezpieczeniowego koszty:
   1) parkowania uszkodzonego pojazdu w okresie nie dłuższym niż do 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy pojazdu lub po przekazaniu przez PZU zgody na holowanie pojazdu do RP w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 3;
   2) holowania uszkodzonego pojazdu z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego pod warunkiem, że usługi te nie mogły być świadczone z tytułu posiadanego przez ubezpieczonego PWD, a jeżeli koszty te zostały pokryte z PWD w części, PZU zwraca pozostałe koszty, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. O ile nie umówiono się inaczej, koszty, o których mowa w ust. 1, PZU zwraca do 10% sumy ubezpieczenia. Postanowienia tego nie stosuje się, jeżeli koszty te zostały poniesione w okolicznościach, o których mowa w ust. 3, oraz do umów AC zawartych z opcją Auto Non Stop, opcją Auto Holowanie lub opcją Auto Zastępcze, o których mowa w § 9 ust. 2.

3. PZU zobowiązany jest zwrócić w granicach sumy ubezpieczenia koszty:
   1) wynikłe z zastosowania, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, środków podjętych w celu ratowania ubezpieczonego pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
   2) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 89 ust. 1 pkt 1 lit. d.

4. PZU zwraca koszty, o których mowa w ust. 1, do wysokości faktycznie poniesionych, maksymalnie jednak do wysokości średniej ceny usług parkowania lub holowania pojazdu, stosowanych na terenie, na którym zaszedł wypadek ubezpieczeniowy i w granicach limitu określonego w ust. 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12

1. AC nie są objęte szkody:
   1) których wartość nie przekracza 300 zł (franszyza integralna); ograniczenie to nie dotyczy szkód polegających na uszkodzeniu wnętrza pojazdu przez osoby, których przewóz wymagany był potrzebą udzielenia pomocy medycznej;
   2) spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez ubezpieczonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   3) spowodowane umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
   4) powstałe podczas kierowania pojazdem przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:
      a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających,

substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego lub
b) nieposiadającego uprawnień do kierowania pojazdem, wymaganych prawem państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;

5) powstałe podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
6) spowodowane działaniami wojennymi lub powstałe w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także zaistniałe wskutek udziału ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu lub sabotażu;
7) powstałe w związku z używaniem pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
8) eksploatacyjne;
9) powstałe wskutek używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
10) powstałe wskutek niewłaściwego załadowania lub przewożenia ładunku lub bagażu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
11) kradzieżowe, jeżeli:
    a) kierowca wysiadł z pojazdu, pozostawiając wewnątrz kluczyk lub sterownik służący do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu (lub oba te urządzenia) bez ich zabezpieczenia przed możliwością uruchomienia pojazdu przy ich pomocy przez osobę niepowołaną lub
    b) po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez bezpośredniego nadzoru ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, pozostawiono w pojeździe lub nie dokonano zabezpieczenia poza pojazdem kluczyka lub sterownika służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych (lub łącznie wszystkich tych urządzeń) lub
    c) po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez bezpośredniego nadzoru ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, nie dokonano zabezpieczenia pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji lub nie uruchomiono wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd był wyposażony, z wyjątkiem przypadku, gdy kradzieży dokonano z pomieszczenia przeznaczonego do przechowywania pojazdów stanowiących własność jednego i tego samego właściciela, zamkniętego na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową, lub zamkniętego z wykorzystaniem atestowanego systemu zamykania elektromechanicznego,

    chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego, w tym jeżeli spełnienie warunków określonych w lit. a–c było uniemożliwione uprzednim użyciem przemocy lub groźby natychmiastowego jej użycia przez sprawcę kradzieży pojazdu;
12) polegające na utracie pojazdu wskutek jego przywłaszczenia lub polegające na kradzieży pojazdu, która miała miejsce w okresie tego przywłaszczenia;
13) polegające na utracie pojazdu pochodzącego z kradzieży, jeżeli w dniu faktycznej utraty pojazdu nie upłynął wymagany przepisami prawa okres do nabycia własności tego pojazdu przez ubezpieczonego na zasadzie dobrej wiary;
14) w sprzęcie lub urządzeniach multimedialnych, jeżeli po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez bezpośredniego nadzoru ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, pozostawiono w pojeździe wyjmowany element lub panel tego sprzętu lub urządzenia, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
15) powstałe w wyposażeniu pojazdu niewymienionym w umowie AC lub w wyposażeniu pojazdu zamontowanym po zawarciu umowy AC, o którym nie powiadomiono PZU;
16) powstałe wskutek włamania do pojazdu, gdy nie dokonano zabezpieczenia pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji lub nie uruchomiono zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd był wyposażony, chyba że niezabezpieczenie pojazdu lub nieuruchomienie zabezpieczeń przeciwkradzieżowych nie miało wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
17) polegające na awarii pojazdu;
18) powstałe podczas jazd wyścigowych lub konkursowych lub treningów do tych jazd;
19) powstałe podczas pracy pojazdu niepodlegającego rejestracji, z wyłączeniem kombajnu rolniczego;
20) dotyczące elementów nieuszkodzonych, których wymiana wynika ze zmian konstrukcji pojazdu wprowadzonych przez producenta;
21) jeżeli po zaistnieniu szkody, a przed przeprowadzeniem oględzin przez PZU zmieniono zapisy pamięci usterek systemów bezpieczeństwa pojazdu lub wymontowano urządzenia odpowiedzialne za zapisy pamięci usterek systemów bezpieczeństwa pojazdu uniemożliwiając odczyt zapisów pamięci usterek systemów bezpieczeństwa pojazdu – jeśli odczyt ten był niezbędny do ustalenia odpowiedzialności PZU.

2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umową AC nie są objęte szkody, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2 i pkt 3.

3. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszty świadczeń przewidzianych w opcji Auto Non Stop, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 1, lub za koszty holowania pojazdu uszkodzonego za granicą RP, o których mowa w § 19 ust. 3, poniesione bez uprzedniej zgody PZU, chyba że:
    1) powiadomienie PZU w sposób określony w § 89 ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób lub
    2) wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce na autostradzie, a ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej do korzystania z pojazdu pomocy udzieliły specjalne służby drogowe.

4. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Suma ubezpieczenia określona w umowie AC powinna odpowiadać wartości pojazdu brutto. Suma ubezpieczenia może odpowiadać wartości pojazdu netto albo wartości pojazdu netto + 50% VAT, jeżeli ubezpieczonemu przysługuje prawo do odliczenia w całości lub 50% stawki podatku VAT naliczonego przy nabyciu pojazdu.

2. Z tytułu ubezpieczenia szkód w bagażu, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 4, ustala się odrębną sumę ubezpieczenia w kwocie 5 000 zł.

3. Umowa AC może zostać zawarta z zastosowaniem pomniejszenia sumy ubezpieczenia o każde wypłacone odszkodowanie albo bez stosowania tego pomniejszania (opcja Auto Ochrona Sumy Ubezpieczenia).

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 14

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od:
    1) sumy ubezpieczenia;

2) rodzaju, marki i modelu pojazdu, okresu eksploatacji pojazdu, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, pojemności i mocy silnika, rodzaju paliwa, rodzaju zamontowanego w pojeździe zabezpieczenia przeciwkradzieżowego, miejsca postoju pojazdu w nocy;
3) miejsca zamieszkania lub siedziby (strefy regionalnej), wieku właściciela pojazdu lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a;
4) zakresu i wariantu ubezpieczenia, zastosowania albo niestosowania pomniejszenia sumy ubezpieczenia o każde wypłacone odszkodowanie;
5) okresu ubezpieczenia;
6) sposobu używania pojazdu, charakteru posiadania pojazdu (własność, leasing, przewłaszczenie, najem lub dzierżawa pojazdu w ramach umowy zawartej z firmą zarządzającą flotami samochodowymi (CFM) lub firmą leasingową), ilości posiadanych pojazdów;
7) tego czy ubezpieczony jest osobą fizyczną i czy prowadzi działalność gospodarczą lub posiada gospodarstwo rolne albo osobą prawną albo jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną;
8) zawarcia innych umów ubezpieczenia z PZU;
9) wznowienia umowy AC danego pojazdu;
10) przebiegu ubezpieczenia autocasco;
11) sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej;
12) indywidualnej oceny ryzyka.

2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

OGÓLNE ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 15

1. Odszkodowanie nie może być wyższe niż suma ubezpieczenia.
2. Jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu brutto, przy ustaleniu wysokości odszkodowania uwzględnia się podatek VAT. Jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto, przy ustaleniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się podatku VAT. Jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto + 50% VAT, przy ustaleniu wysokości odszkodowania uwzględnia się 50% stawki podatku VAT naliczonego przy nabyciu pojazdu.
3. Przy ustaleniu odszkodowania zastosowanie mają udziały własne określone w w umowie AC.
4. Przy ustaleniu odszkodowania za szkody powstałe w ogumieniu lub w elementach układu wydechowego uwzględnia się indywidualnie stopień ich zużycia eksploatacyjnego.
5. W przypadku szkody częściowej lub całkowitej PZU sporządza lub zleca sporządzenie kalkulacji kosztów naprawy lub protokołu szkody, w których uwzględniane są uszkodzenia pojazdu wynikające z wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku ujawnienia uszkodzeń związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym, nieuwzględnionych w kalkulacji kosztów naprawy lub protokole szkody, ubezpieczony lub ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym PZU przed dokonaniem naprawy, w celu umożliwienia PZU potwierdzenia zakresu uszkodzeń i uwzględnienia ich w kalkulacji kosztów naprawy lub protokole szkody.
6. Koszty naprawy pojazdu ustalane są w oparciu o ceny usług i części zamiennych stosowanych w RP w dniu ustalenia odszkodowania.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU KRADZIEŻY POJAZDU

§ 16

W razie kradzieży pojazdu PZU określa odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu dokonania kradzieży, a w przypadku zastosowania opcji Auto Wartość 100% – w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu na dzień zawarcia umowy AC, o ile w czasie trwania umowy AC nie nastąpiła zmiana stanu technicznego pojazdu w odniesieniu do stanu z dnia zawarcia umowy AC. Za zmianę stanu technicznego uważa się powstałe w okresie ubezpieczenia i nienaprawione uszkodzenia, nietechnologiczną naprawę lub zdekompletowanie pojazdu. Jeżeli taka zmiana nastąpiła, PZU określa odszkodowanie w oparciu o wartość pojazdu uwzględniającą tę zmianę, ustaloną na dzień zawarcia umowy AC.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CZĘŚCIOWEJ

§ 17

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, koszty naprawy pojazdu ustalane są na podstawie następujących cen części zamiennych zakwalifikowanych do wymiany:
1) w wariancie serwisowym – cen części oryginalnych;
2) w wariancie optymalnym:
a) cen części oryginalnych, pomniejszonych w zależności od okresu eksploatacji pojazdu według poniższych wskaźników:

Okres eksploatacji pojazdu	Procent pomniejszenia
do 3 lat	30%
powyżej 3 do 5 lat	45%
powyżej 5 do 8 lat	55%
powyżej 8 lat	60%

b) cen części alternatywnych;
3) w wariancie partnerskim – cen części oryginalnych lub alternatywnych.

2. Jeżeli w systemach Audatex, Eurotax lub DAT dostępne są części oryginalne i alternatywne lub części alternatywne pochodzące od różnych producentów, wysokość odszkodowania PZU ustala uwzględniając części o najniższej cenie, przy czym w przypadku części oryginalnych w wariancie optymalnym uwzględnia się cenę pomniejszoną według zasad określonych w ust. 1 pkt 2 lit. a.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4–6 i 8, wysokość odszkodowania ustala się z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 1 i ust. 2 oraz sposobu naprawy pojazdu w wybranym przez ubezpieczonego warsztacie wykonującym naprawę oraz w oparciu o zasady zawarte w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, z zastosowaniem:
1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
2) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU:
a) w wariancie serwisowym i optymalnym – w oparciu o średnie ceny usług stosowane przez warsztaty porównywalnej kategorii do warsztatu wykonującego naprawę, działające na terenie województwa, w którym znajduje się ten warsztat,
b) w wariancie partnerskim – dla warsztatu partnerskiego, w którym dokonywana jest naprawa;
3) cen części zamiennych ustalonych stosownie do ust. 1 i ust. 2;
4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex, Eurotax lub DAT.

PZU ustala odszkodowanie w sposób przewidziany w niniejszym ustępie pod warunkiem przedstawienia rachunków lub faktur VAT dotyczących robocizny, części zamiennych, materiałów lakierniczych i normaliów, przy czym w przypadku wariantu partnerskiego rachunki lub faktury VAT muszą być wystawione przez warsztat partnerski.
4. W razie udokumentowania naprawy pojazdu rachunkami lub fakturami VAT, PZU weryfikuje koszty wynikajace z tych rachunków lub faktur VAT pod kątem ich zgodności z zasadami określonymi w ust. 3.
5. W razie nieprzedstawienia rachunków lub faktur VAT, o których mowa w ust. 3, PZU wypłaca bezsporną część odszkodowania ustaloną na podstawie wyceny PZU sporządzonej w oparciu o zasady zawarte w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, z zastosowaniem:
1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
2) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU w oparciu o średnie ceny usług stosowane przez warsztaty działające na terenie miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a;
3) cen części zamiennych zawartych w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, ustalonych w wariancie optymalnym;

4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex, Eurotax lub DAT.

Dokonanie wyceny w sposób przewidziany w niniejszym ustępie nie pozbawia ubezpieczonego możliwości ustalenia wysokości odszkodowania na zasadach określonych w ust. 3, po przedłożeniu rachunków lub faktur VAT, o których mowa w ust. 3.

6. W umowie AC zawartej w wariancie partnerskim, w razie przedstawienia rachunków lub faktur VAT wystawionych przez warsztat inny niż warsztat partnerski, PZU wypłaca odszkodowanie ustalone na podstawie wyceny PZU, o której mowa w ust. 5.
7. W umowie AC zawartej z ograniczonym zakresem ubezpieczenia (Mini), o którym mowa w § 10, wysokość odszkodowania ustalona jest na podstawie wyceny PZU o której mowa w ust. 5.
8. W razie udokumentowania naprawy pojazdu rachunkami lub fakturami VAT, jeżeli ubezpieczony nie przekaże uszkodzonych części zakwalifikowanych do wymiany wskazanemu przez PZU podmiotowi uprawnionemu do zagospodarowania tych części zgodnie z przepisami prawa, to odszkodowania może zostać ustalone z uwzględnieniem wartości rynkowej tych części, ustalanej indywidualnie w zależności od rozmiaru uszkodzeń i stopnia ich zużycia eksploatacyjnego.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CAŁKOWITEJ

§ 18

1. W celu ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, wartość pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania porównuje się do kosztów naprawy pojazdu ustalonych według zasad określonych w ust. 2.
2. Koszty naprawy pojazdu stanowiące podstawę do ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, ustala się na podstawie kalkulacji kosztów naprawy sporządzonej przez PZU według zasad zawartych w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, z zastosowaniem:
   1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
   2) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU w oparciu o średnie ceny usług autoryzowanych stacji obsługi pojazdów działających na terenie miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a;
   3) cen części zamiennych zawartych w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, ustalonych według wariantu serwisowego;
   4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex, Eurotax lub DAT.
3. Koszty naprawy, o których mowa w ust. 2, nie stanowią podstawy do ustalenia wysokości odszkodowania.
4. W razie powstania szkody całkowitej wysokość odszkodowania ustala się w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania pomniejszonej o wartość rynkową jego pozostałości, a w przypadku zastosowania opcji Auto Wartość 100% – w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu na dzień zawarcia umowy AC pomniejszonej o wartość rynkową jego pozostałości, o ile w czasie trwania umowy AC nie nastąpiła zmiana stanu technicznego pojazdu w odniesieniu do stanu z dnia zawarcia umowy AC. Za zmianę stanu technicznego uważa się powstałe w okresie ubezpieczenia i nienaprawione uszkodzenia, nietechnologiczną naprawę lub zdekompletowanie pojazdu. Jeżeli taka zmiana nastąpiła, PZU określa odszkodowanie w oparciu o wartość pojazdu uwzględniającą tę zmianę, ustaloną na dzień zawarcia umowy AC. Wartość rynkowa pozostałości pojazdu jest ustalana indywidualnie, w zależności od rozmiaru uszkodzeń i stopnia zużycia eksploatacyjnego pojazdu lub jego części (zespołów).

SZKODY POWSTAŁE ZA GRANICĄ RP

§ 19

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, jeżeli pojazd został uszkodzony wskutek wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł za granicą RP, pojazd ten może zostać naprawiony za granicą RP w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy (naprawa prowizoryczna), jeżeli koszt tej naprawy w dniu jej wykonania nie przekracza kwoty 2 500 euro lub jej równowartości w innych walutach obcych, obliczonej według kursu średniego walut ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu wykonania naprawy. Jeżeli koszt naprawy prowizorycznej przekracza wyżej wymienioną kwotę, wówczas naprawa pojazdu za granicą RP może nastąpić po uzgodnieniu z PZU albo może nastąpić na terytorium RP, z uwzględnieniem ust. 3.
2. Jeżeli koszty naprawy prowizorycznej zostały poniesione bezpośrednio przez ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, w tym w sytuacji wskazanej w ust. 1 zdanie drugie, zwrot tych kosztów następuje w RP na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty, a w przypadku umowy AC zawartej z ograniczonym zakresem ubezpieczenia (Mini) na podstawie wyceny PZU. Jeżeli dokonana za granicą RP naprawa pojazdu przekracza zakres naprawy prowizorycznej określonej w ust. 1, wysokość odszkodowania w tej części ustala się według cen obowiązujących w RP, chyba że faktycznie poniesione koszty są niższe. Wysokość odszkodowania ustala się według zasad określonych w § 17, przy czym stawki za roboczogodzinę ustala się według zasad określonych w § 17 ust. 5 pkt 2.
3. W razie konieczności holowania do RP pojazdu uszkodzonego wskutek wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł za granicą RP, koszty holowania tego pojazdu PZU zwraca według zasad określonych w § 11. Holowanie pojazdu wymaga uzgodnienia z PZU.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY W BAGAŻU

§ 20

Wysokość odszkodowania z tytułu szkód polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie bagażu ustala się:

1) w przypadku całkowitego zniszczenia bagażu lub jego utraty – w wysokości odpowiadającej średniej wartości przedmiotu tego samego lub najbardziej zbliżonego rodzaju, tej samej lub najbardziej zbliżonej marki, według średnich cen obowiązujących na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby w RP ubezpieczonego;
2) w przypadku uszkodzenia bagażu – w wysokości kosztów naprawy odpowiedniej do zakresu uszkodzeń spowodowanych wypadkiem ubezpieczeniowym, według następujących zasad i w porozumieniu z ubezpieczonym:
   a) na podstawie rachunku lub kosztorysu powykonawczego wraz ze specyfikacją wykonanych robót albo
   b) według średnich cen zakładów usługowych obowiązujących na terenie miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczonego w RP albo
   c) w wysokości określonego w porozumieniu z ubezpieczonym procentowego ubytku wartości uszkodzonego bagażu.

ROZDZIAŁ III

UBEZPIECZENIE PZU AUTO OCHRONA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 21

Zakresem PAO objęte są szkody powstałe wskutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, za które odpowiedzialność ponosi sprawca tego wypadku ubezpieczeniowego objęty przez innego niż PZU ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów i szkody te nie zostały naprawione przez sprawcę lub jego ubezpieczyciela:

1) rzeczowe polegające na:
   a) uszkodzeniu lub zniszczeniu pojazdu, jego części lub wyposażenia,
   b) uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu należącego do ubezpieczonego;
2) polegające na:
   a) poniesieniu kosztów holowania lub parkowania pojazdu,

b) poniesieniu kosztów wynajmu pojazdu zastępczego lub konieczności korzystania z usług przewozu osób lub towarów ze względu na brak możliwości korzystania z pojazdu.

§ 22

Zakres PAO obejmuje szkody, o których mowa w § 21, w granicach określonych przepisami prawa dotyczącymi odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów.

KOSZTY DODATKOWE

§ 23

PZU zobowiązany jest zwrócić w granicach sumy ubezpieczenia koszty:
1) wynikłe z zastosowania, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, środków podjętych w celu ratowania ubezpieczonego pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
2) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 90 ust. 1 pkt 3.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 24

1. PAO nie są objęte szkody:
   1) o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 3 i pkt 6;
   2) wyrządzone przez sprawcę wypadku ubezpieczeniowego będącego jednocześnie posiadaczem lub współposiadaczem ubezpieczonego pojazdu, z wyłączeniem przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy dotyczy pojazdów będących przedmiotem umów leasingu zawartych z tym samym finansującym lub umów przewłaszczenia z tym samym wierzycielem lub objętych zastrzeżeniem własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela;
   3) w przewożonych ładunkach, przesyłkach, z wyjątkiem szkód w bagażu;
   4) spowodowane ruchem pojazdu niepodlegającego rejestracji.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umową PAO nie są objęte szkody, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 25

1. Suma ubezpieczenia wynosi 4 000 000 zł.
2. Suma ubezpieczenia ustalona jest na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia nie ulega pomniejszeniu o kwotę wypłaconych odszkodowań.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 26

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, okresu ubezpieczenia, ilości posiadanych pojazdów, tego czy ubezpieczony jest osobą fizyczną i czy prowadzi działalność gospodarczą albo osobą prawną albo jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, sposobu używania pojazdu, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, zawarcia umowy PAO potwierdzonej dokumentem ubezpieczenia obejmującym umowy PAO dotyczące więcej niż jednego pojazdu, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.
2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

OGÓLNE ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 27

1. Odszkodowanie nie może być wyższe niż suma ubezpieczenia.
2. Odszkodowanie ustala się na zasadach określonych w przepisach, o których mowa w § 22. W przypadku, gdy ubezpieczony przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, odszkodowanie ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy ubezpieczonego i sprawcy wypadku ubezpieczeniowego, i stosuje się odpowiednio postanowienia § 12 ust. 4.
3. Jeżeli ubezpieczony będący płatnikiem podatku VAT może dokonać odliczenia podatku VAT zapłaconego w cenie nabycia towarów lub usług, w odszkodowaniu nie uwzględnia się podatku VAT.
4. Przy ustaleniu odszkodowania za szkody powstałe w ogumieniu uwzględnia się indywidualnie stopień jego zużycia eksploatacyjnego.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CZĘŚCIOWEJ W POJEŹDZIE LUB JEGO WYPOSAŻENIU

§ 28

1. W przypadku szkody częściowej PZU sporządza lub zleca sporządzenie kalkulacji kosztów naprawy lub protokołu szkody, w których uwzględniane są uszkodzenia pojazdu wynikające z wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku ujawnienia uszkodzeń nieuwzględnionych w kalkulacji kosztów naprawy lub protokole szkody, ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o tym PZU, w celu umożliwienia PZU potwierdzenia zakresu uszkodzeń i uwzględnienia ich w kalkulacji kosztów naprawy lub protokole szkody.
2. Koszty naprawy pojazdu ustalane są w oparciu o ceny usług i części zamiennych stosowanych w RP w dniu ustalenia odszkodowania.
3. W przypadku pojazdu do 3 roku eksploatacji stosuje się odpowiednio postanowienia § 17 ust. 1 pkt 1 i ust. 3–5; w przypadku pojazdu powyżej 3 roku eksploatacji stosuje się odpowiednio postanowienia § 17 ust. 1 pkt 2 i ust. 3–5.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CAŁKOWITEJ W POJEŹDZIE LUB JEGO WYPOSAŻENIU

§ 29

1. W celu ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, wartość pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania porównuje się do kosztów naprawy pojazdu ustalonych według zasad określonych w ust. 2.
2. Koszty naprawy pojazdu stanowiące podstawę do ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, ustala się na podstawie kalkulacji kosztów naprawy sporządzonej przez PZU według zasad zawartych w systemie Audatex, Eurotax lub DAT, z zastosowaniem:
   1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
   2) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU w oparciu o średnie ceny usług stosowane przez warsztaty działające na terenie miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a;
   3) cen części zamiennych zawartych w systemie Audatex, Eurotax lub DAT;
   4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex, Eurotax lub DAT.

   W kalkulacji kosztów naprawy uwzględniane są uszkodzenia pojazdu wynikające z wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku ujawnienia uszkodzeń nieuwzględnionych w kalkulacji kosztów naprawy, ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o tym PZU w celu umożliwienia PZU potwierdzenia zakresu uszkodzeń i uwzględnienia ich w kalkulacji kosztów naprawy. Koszty naprawy pojazdu ustalane są w oparciu o ceny usług i części zamiennych stosowanych w RP w dniu ustalenia odszkodowania.
3. Koszty naprawy, o których mowa w ust. 2, nie stanowią podstawy do ustalenia wysokości odszkodowania.
4. W razie powstania szkody całkowitej wysokość odszkodowania ustala się w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu

ustalenia odszkodowania pomniejszonej o wartość rynkową jego pozostałości, z uwzględnieniem warunków umowy PAO, przy czym wartość rynkowa pozostałości pojazdu jest ustalana indywidualnie, w zależności od rozmiaru uszkodzeń i stopnia zużycia eksploatacyjnego pojazdu lub jego części (zespołów).

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY W BAGAŻU

§ 30

Do ustalenia wysokości odszkodowania z tytułu szkód polegających na uszkodzeniu lub zniszczeniu bagażu stosuje się odpowiednio postanowienia § 20.

ROZDZIAŁ IV
UBEZPIECZENIE PZU POMOC W DRODZE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 31

1. Zakres PWD zależy od wariantu, w jakim zawarta została umowa PWD.
2. Umowa PWD może zostać zawarta w wariancie: Super, Komfort, Super wraz z PZU GO albo Komfort wraz z PZU GO.
3. Umowa PWD może być zawarta z zastosowaniem rozszerzonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 34.
4. Zakresem PWD objęte są usługi assistance wymienione w § 32, § 33 albo § 34, w przypadku gdy wypadek ubezpieczeniowy stanowiący podstawę świadczenia danej usługi assistance zaszedł w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 i § 36.
5. W przypadku awarii pojazdu, awarii ogumienia, przepalenia żarówki lub rozładowania akumulatora, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług assistance realizowanych z tytułu zajścia nie więcej niż 2 wypadków ubezpieczeniowych spośród powyżej wymienionych rodzajów wypadków ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku wyczerpania limitu, o którym mowa w ust. 5, i zajścia wypadku ubezpieczeniowego polegającego na rozładowaniu akumulatora, PZU na wniosek ubezpieczonego organizuje usługę, o której mowa w § 32 pkt 16 lit. b.
7. Limity świadczeń dla poszczególnych usług assistance wymienionych w § 32–34 stanowią górną granicę odpowiedzialności PZU i ustalone są na jeden wypadek ubezpieczeniowy. W przypadku braku ustalenia limitu, PZU odpowiada do wysokości faktycznych kosztów danej usługi assistance.

SUPER

§ 32

W wariancie Super, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących usług assistance:

1) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy;
2) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa, jeżeli naprawa na miejscu, o której mowa w pkt 1, nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km, mierzoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku zajścia wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dostarczenie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie;
3) złomowania pojazdu, którego dokonanie jest konieczne po wypadku, awarii pojazdu lub odnalezieniu pojazdu po kradzieży; usługa ta jest realizowana na pisemny wniosek właściciela pojazdu i polega na holowaniu oraz złomowaniu pojazdu na najbliższym złomowisku w państwie, w którym zaszedł wypadek, miała miejsce awaria pojazdu lub odnaleziono pojazd po kradzieży; jeżeli prawo państwa, w którym zaszedł wypadek, miała miejsce awaria pojazdu lub odnaleziono pojazd po kradzieży nie zezwala na złomowanie pojazdu, holowanie pojazdu w celu jego złomowania na najbliższym złomowisku w innym państwie odbywa się na zasadach określonych w pkt 2;
4) wynajmu pojazdu zastępczego w przypadku:
   a) unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku – na czas naprawy pojazdu nie dłużej jednak niż na okres do 10 dni; jeżeli w następstwie wypadku zostało wykonane złomowanie, o którym mowa w pkt 3 – do 10 dni,
   b) unieruchomienia pojazdu wskutek awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby), gdy naprawa pojazdu nie jest możliwa do wykonania w ciągu 12 godzin i zostało wykonane holowanie, o którym mowa w pkt 2 – na czas naprawy pojazdu nie dłużej jednak niż na okres do 5 dni, jeżeli w następstwie awarii zostało wykonane złomowanie, o którym mowa w pkt 3 – do 5 dni,
   c) kradzieży pojazdu, gdy nie został on odzyskany do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1 – do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży nie dłużej jednak niż na okres do 10 dni;

   usługa ta obejmuje podstawienie pojazdu zastępczego będącego samochodem osobowym niezależnie od rodzaju pojazdu, którego dotyczy PWD; koszt zwrotu pojazdu zastępczego do wypożyczalni ponosi ubezpieczony; PZU zapewnia pojazd zastępczy klasyfikowany w tym samym segmencie rynkowym co pojazd, którego dotyczy PWD, jednak nie wyższym niż D, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd, którego dotyczy PWD; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 7;
5) noclegu dla ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – oraz przewozu do miejsca noclegu, w przypadku gdy w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) nastąpiło unieruchomienie pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, awarii ogumienia lub nastąpiła kradzież pojazdu i gdy naprawa pojazdu lub naprawa ogumienia nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku, awarii pojazdu lub awarii ogumienia, lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1; PZU zapewnia nocleg w hotelu dwu- lub trzygwiazdkowym, wskazanym przez PZU; koszty pobytu pokrywane są do momentu naprawienia lub odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż za 3 doby licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu, awarii ogumienia lub kradzieży pojazdu i nie obejmują kosztów wyżywienia, chyba że koszty wyżywienia są wliczone w cenę noclegu i innych usług hotelowych; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 7;
6) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do warsztatu, do którego holowany jest pojazd unieruchomiony wskutek wypadku, awarii pojazdu, awarii ogumienia lub wskutek użycia niewłaściwego paliwa; przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej, a w przypadku braku miejsc, innym środkiem transportu uzgodnionym z PZU; w przypadku przewozu ubezpieczonych do warsztatu znajdującego się w innym państwie niż to, w którym zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, uważa się, że wykonana została usługa przewozu ubezpieczonych, o której mowa w pkt 7 – usługa taka nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 4 lub pkt 5;

7) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do miejsca zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy jego naprawa nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1, a także w przypadku doznania uszkodzenia ciała, nagłego zachorowania lub śmierci kierowcy; przejazd odbywa się środkiem transportu uzgodnionym z PZU; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a wypadek, awaria pojazdu, kradzież pojazdu, uszkodzenie ciała, nagłe zachorowanie lub śmierć kierowcy miało miejsce za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej; PZU organizuje przewóz ubezpieczonych do miejsca ich zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia, jeżeli odległość do tego miejsca nie jest większa niż do miejsca zamieszkania w RP; jeżeli ubezpieczeni mają różne miejsca zamieszkania lub podróżują do różnych miejsc przeznaczenia, przewóz organizowany jest w jedno, wskazane przez ubezpieczonych miejsce; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 4 lub pkt 5;
8) przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU po odbiór pojazdu naprawionego w związku z wypadkiem, awarią pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub po odbiór pojazdu odzyskanego po kradzieży; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a pojazd naprawiany jest za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej;
9) zmiennika kierowcy (w tym dojazdu i powrotu zmiennika) w celu powrotu pasażerów pojazdem, którego dotyczy PWD, do miejsca zamieszkania, w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez kierowcę lub jego śmierci; usługa ta nie obejmuje kosztów paliwa, przejazdu autostradami, parkingów i noclegów;
10) jednorazowego przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU oraz noclegu tej osoby w miejscu uzgodnionym z PZU, przez okres do 3 dni, w celu odwiedzin w szpitalu kierowcy hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała lub jego nagłego zachorowania, albo pasażera hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a hospitalizacja ubezpieczonego ma miejsce za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej;
11) transportu zwłok, w przypadku śmierci ubezpieczonego, do miejsca pochówku w RP, z wyłączeniem kosztów zakupu trumny lub urny, kosztów pogrzebu i kremacji;
12) w przypadku unieruchomienia pojazdu z powodu wyczerpania paliwa albo z powodu rozładowania akumulatora trakcyjnego (w pojeździe o napędzie elektrycznym), które nastąpi w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby):
    a) dowozu paliwa, z wyłączeniem kosztów samego paliwa – polegającego na dostarczeniu paliwa w ilości niezbędnej do dojechania do najbliższej stacji paliw albo
    b) holowania pojazdu do najbliższej stacji paliw lub punktu umożliwiającego ładowanie akumulatora trakcyjnego, jednak nie dalej niż na odległość do 150 km, mierzoną od miejsca zatrzymania pojazdu, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego;
13) otwarcia pojazdu w przypadku zatrzaśnięcia wewnątrz pojazdu kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu; jeżeli otwarcie pojazdu nie jest możliwe w miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego:
    a) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu albo przejazdu ubezpieczonego po zapasowe kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu, odpowiednim środkiem transportu uzgodnionym z PZU, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w RP,
    b) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł za granicą RP;
14) w przypadku zniszczenia, kradzieży, zagubienia lub utraty z innych przyczyn kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu:
    a) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu albo przejazdu ubezpieczonego po zapasowe kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, odpowiednim środkiem transportu uzgodnionym z PZU, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w RP,
    b) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł za granicą RP;
15) wymiany koła w przypadku awarii ogumienia; jeżeli naprawa lub wymiana koła w miejscu zajścia tego wypadku ubezpieczeniowego nie jest możliwa, holowania pojazdu w celu naprawy ogumienia do najbliższego warsztatu, jednak nie dalej niż na odległość do 150 km, mierzoną od miejsca zatrzymania pojazdu, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; usługa ta nie obejmuje kosztów części i materiałów użytych do wymiany koła, ani kosztów naprawy ogumienia;
16) w przypadku unieruchomienia pojazdu na skutek rozładowania się akumulatora rozruchowego w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby):
    a) uruchomienia silnika pojazdu, jeżeli rozładowanie akumulatora nie wynika z jego zużycia eksploatacyjnego i możliwe jest jego doładowanie i dalsze użytkowanie bez konieczności ponownego doładowywania ze źródła pochodzącego z zewnątrz pojazdu,
    b) dostarczenia nowego akumulatora i jego wymiany, jeżeli akumulator nie nadaje się do dalszej eksploatacji; usługa nie obejmuje kosztu akumulatora;
17) wymiany żarówki w przypadku unieruchomienia pojazdu z powodu jej przepalenia, które nastąpiło w miejscu odległym powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby); jeżeli w pojeździe wymiana żarówki możliwa jest jedynie w warsztacie, PZU zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu do najbliższego warsztatu mogącego wykonać usługę, jednak nie dalej niż na odległość do 150 km, mierzoną od miejsca zatrzymania pojazdu, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; usługa ta nie obejmuje kosztu żarówki i jej wymiany w warsztacie;
18) odholowania przyczepy o ładowności nie większej niż 2 tony ciągniętej przez pojazd, w przypadku gdy przyczepa jest sprawna a pojazd jest unieruchomiony wskutek wypadku, awarii pojazdu zaistniałej w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub został skradziony w miejscu odległym powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby); holowanie odbywa się w wybrane przez ubezpieczonego miejsce, na odległość do 150 km, mierzoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; PZU nie ponosi odpowiedzialności za przewożony w przyczepie ładunek;
19) przewozu ubezpieczonych, w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub w przypadku nagłego zachorowania kierowcy:
    a) do szpitala najbliższego od miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
    b) do szpitala specjalistycznego, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga,
    c) do szpitala znajdującego się bliżej miejsca zamieszkania lub do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, jeżeli jego stan zdrowia na to pozwala;

    termin i sposób przewozu ubezpieczonego uzgadniany jest z lekarzem; PZU nie zapewnia przewozu ubezpieczonego w razie gdy uszkodzenie ciała lub nagłe zachorowanie mogą spowodować w krótkim czasie poważne pogorszenie się jego stanu zdrowia lub zagrażać jego życiu, jeżeli nie zostanie mu szybko udzielona odpowiednia pomoc medyczna;
20) przewozu i opieki nad dziećmi ubezpieczonego w wieku do lat 18 w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub śmierci ubezpieczonego lub nagłego zachorowania kierowcy; usługa ta realizowana jest na pisemny wniosek opiekuna prawnego dziecka; dzieci przewożone są według wyboru opiekuna prawnego: do

miejsca zamieszkania, do docelowego miejsca podróży lub do innego opiekuna; koszty ponoszone są do czasu objęcia opieki nad dziećmi przez upoważnioną osobę bliską, jednak nie dłużej niż do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu nie będzie żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi ubezpieczonego PZU podejmie działania w celu zorganizowania opieki przez rodzinę ubezpieczonego, a jeśli nie będzie to możliwe, to przez opiekę społeczną;

21) transportu zwierzęcia przewożonego pojazdem, w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub śmierci ubezpieczonego lub nagłego zachorowania kierowcy; usługa ta realizowana jest na wniosek ubezpieczonego; transport zwierzęcia odbywa się do najbliższego hotelu dla zwierząt albo do najbliższej lecznicy dla zwierząt, jeżeli stan zwierzęcia tego wymaga; w przypadku zgonu zwierzęcia, PZU organizuje i pokrywa koszty utylizacji zwłok; usługa ta nie obejmuje kosztów pobytu w hotelu dla zwierząt, a także kosztów leczenia i lekarstw;
22) telefonicznych usług tłumacza przy załatwianiu formalności związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP; tłumaczenie realizowane jest przez konsultanta PZU; PZU zapewnia tłumaczenie z języka polskiego na angielski i odwrotnie;
23) przesyłki części zamiennych w celu naprawy pojazdu za granicą RP, będącej następstwem wypadku lub awarii pojazdu, które zaszły za granicą RP, jeżeli z jakichkolwiek powodów dana część zamienna nie jest dostępna w miejscu naprawy; usługa ta nie obejmuje kosztu części; PZU nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie tej usługi, jeżeli przerwano produkcję części lub brak jest możliwości sprowadzenia części od producenta lub z innego źródła, w którym części te są jeszcze dostępne;
24) pomocy prawnika reprezentującego ubezpieczonego oraz tłumacza, jeżeli nie zostali oni wyznaczeni z urzędu, w postępowaniu karnym lub administracyjnym prowadzonym za granicą RP przeciwko ubezpieczonemu w związku z wypadkiem, który zaszedł za granicą RP; PZU pokrywa koszty honorarium prawnika oraz tłumacza łącznie maksymalnie do kwoty 1 000 euro lub jej równowartości w innej walucie; przeliczenie euro na walutę, w której realizowana jest ta usługa assistance, następuje przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu wykonania usługi;
25) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
    a) postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
    b) telefonów pomocy drogowej,
    c) sieci warsztatów,
    d) możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
    e) jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
    f) możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU oraz organizacji tej pomocy,
    g) formalności jakich należy dopełnić w celu uzyskania dokumentów zastępczych utraconych lub skradzionych za granicą: paszportu, wizy, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego pojazdu;
26) jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy OC tego samego pojazdu:
    a) naprawy na miejscu zdarzenia innego pojazdu, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia innego pojazdu, jego naprawa na miejscu zdarzenia jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
    b) holowania innego pojazdu, jeżeli jego naprawa na miejscu zdarzenia, o której mowa w lit. a, nie jest możliwa; holowanie odbywa się do miejsca wybranego przez kierowcę innego pojazdu lub właściciela innego pojazdu,
    c) parkowania innego pojazdu lub wynajmu pojazdu zastępczego dla kierowcy innego pojazdu; usługa ta nie obejmuje kosztów parkowania innego pojazdu i kosztów wynajmu pojazdu zastępczego.

KOMFORT

§ 33

1. W wariancie Komfort, rodzaj i zakres przysługujących usług assistance zależy od zawarcia umowy OC lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu.

2. W wariancie Komfort, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących usług assistance:
1) jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy OC tego samego pojazdu:
    a) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
    b) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem, jeżeli naprawa na miejscu, o której mowa w lit. a, nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km; odległość holowania mierzona jest od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania, przy czym koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dostarczenie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu z parkingu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie,
    c) naprawy na miejscu innego pojazdu, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia innego pojazdu, jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
    d) holowania innego pojazdu, jeżeli jego naprawa na miejscu, o której mowa w lit. c, nie jest możliwa; holowanie odbywa się do miejsca wybranego przez kierowcę innego pojazdu lub właściciela innego pojazdu,
    e) parkowania innego pojazdu lub wynajmu pojazdu zastępczego dla kierowcy innego pojazdu; usługa ta nie obejmuje kosztów parkowania innego pojazdu i kosztów wynajmu pojazdu zastępczego,
    f) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
        – postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
        – telefonów pomocy drogowej,
        – sieci warsztatów,
        – możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
        – jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
        – możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU oraz organizacji tej pomocy;
2) jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy AC tego samego pojazdu:
    a) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku lub awarii pojazdu, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
    b) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku lub awarii pojazdu, jeżeli naprawa pojazdu na miejscu, o której mowa w lit. a nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km; odległość holowania mierzona jest od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania, przy czym

koszty przepraw promowych ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek zajścia wypadku lub awarii pojazdu poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dostarczenie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu z parkingu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie,

c) złomowania pojazdu, którego dokonanie jest konieczne po wypadku, awarii pojazdu lub odnalezieniu pojazdu po kradzieży; usługa ta jest realizowana na pisemny wniosek właściciela pojazdu i polega na holowaniu oraz złomowaniu pojazdu na najbliższym złomowisku,
d) wynajmu pojazdu zastępczego w przypadku:
   – unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku – na czas naprawy pojazdu nie dłużej jednak niż na okres do 3 dni, jeżeli w następstwie wypadku zostało wykonane złomowanie, o którym mowa w lit. c – do 3 dni,
   – kradzieży pojazdu, gdy nie został on odzyskany do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1 – do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży nie dłużej jednak niż na okres do 3 dni;

   usługa ta obejmuje podstawienie pojazdu zastępczego będącego samochodem osobowym niezależnie od rodzaju pojazdu, którego dotyczy PWD; koszt zwrotu pojazdu zastępczego do wypożyczalni ponosi ubezpieczony; PZU zapewnia pojazd zastępczy klasyfikowany w tym samym segmencie rynkowym co pojazd, którego dotyczy PWD, jednak nie wyższym niż D, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd, którego dotyczy PWD; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. g,
e) noclegu dla ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – oraz przewozu do miejsca noclegu, w przypadku gdy w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) nastąpiło unieruchomienie pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu lub nastąpiła kradzież pojazdu i gdy naprawa pojazdu nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1; PZU zapewnia nocleg w hotelu dwu- lub trzygwiazdkowym, wskazanym przez PZU; koszty pobytu pokrywane są do momentu naprawienia lub odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż za 3 doby licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu lub kradzieży pojazdu i nie obejmują wyżywienia, chyba że koszty wyżywienia są wliczone w cenę noclegu i innych usług hotelowych; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. g,
f) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do warsztatu, do którego holowany jest pojazd unieruchomiony wskutek wypadku lub awarii pojazdu; przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej, a w przypadku braku miejsc, innym środkiem transportu uzgodnionym z PZU,
g) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do miejsca zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia w RP w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy jego naprawa nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU, o którym mowa w § 91 ust. 1 pkt 1, a także w przypadku doznania uszkodzenia ciała, nagłego zachorowania lub śmierci kierowcy; przejazd odbywa się środkiem transportu uzgodnionym z PZU do miejsca zamieszkania ubezpieczonych lub do innego miejsca przeznaczenia w RP, jeżeli odległość do tego miejsca nie jest większa niż do miejsca zamieszkania; jeżeli ubezpieczeni mają różne miejsca zamieszkania lub podróżują do różnych miejsc przeznaczenia, przewóz organizowany jest w jedno, wskazane przez ubezpieczonych miejsce; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. d lub lit. e,
h) przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU po odbiór pojazdu naprawionego w związku z wypadkiem, awarią pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub po odbiór pojazdu odzyskanego po kradzieży,
i) zmiennika kierowcy (w tym dojazdu i powrotu zmiennika) w celu powrotu pasażerów pojazdem, którego dotyczy PWD, do miejsca zamieszkania, w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez kierowcę lub jego śmierci; usługa ta nie obejmuje kosztów paliwa,
j) jednorazowego przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU oraz noclegu tej osoby w miejscu uzgodnionym z PZU, przez okres do 3 dni, w celu odwiedzin w szpitalu kierowcy hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała lub jego nagłego zachorowania, albo pasażera hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała,
k) transportu zwłok, w przypadku śmierci ubezpieczonego, do miejsca pochówku w RP, z wyłączeniem kosztów zakupu trumny lub urny, kosztów pogrzebu i kremacji,
l) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
   – postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
   – telefonów pomocy drogowej,
   – sieci warsztatów,
   – możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
   – jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
   – możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU oraz organizacji tej pomocy.

PZU GO

§ 34

W wariancie PZU GO, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących usług assistance:

1) zawiadomienia przez PZU Centrum Powiadamiania Ratunkowego – w przypadku, gdy ubezpieczony łącznie spełni poniższe warunki:
   a) aktywuje w telefonie znajdującym się w pojeździe aplikację mobilną,
   b) połączy aplikację mobilną z czujnikiem znajdującym się w pojeździe za pomocą Bluetooth,
   c) prawidłowo skalibruje – według instrukcji znajdującej się aplikacji mobilnej oraz na stronie pzu.pl – czujnik znajdujący się w pojeździe,
   d) włączy w telefonie znajdującym się w pojeździe funkcję lokalizacji (GPS), Bluetooth oraz transfer danych,
   e) zapewni dla telefonu znajdującego się w pojeździe zasięg sieci internetowej, sieci operatora telekomunikacyjnego oraz sygnału GPS,

   i aplikacja zasygnalizuje PZU wypadek ubezpieczeniowy, w wyniku którego mogło wystąpić uszkodzenie ciała ubezpieczonego, to w takim przypadku PZU niezwłocznie skontaktuje się z ubezpieczonym w celu zawiadomienia Centrum Powiadamiania Ratunkowego lub ustalenia wymaganej pomocy; w razie braku kontaktu z ubezpieczonym (ubezpieczony nie odbiera telefonu) PZU zawiadamia Centrum Powiadamiania Ratunkowego;
2) przewozu ubezpieczonego – w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała, gdy nie było potrzeby zawiadomienia Centrum Powiadamiania Ratunkowego:
   a) do szpitala najbliższego od miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego albo

b) do szpitala specjalistycznego, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga, albo
c) do szpitala znajdującego się bliżej miejsca zamieszkania lub do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, jeżeli jego stan zdrowia na to pozwala;

wybór szpitala oraz termin i sposób przewozu ubezpieczonego uzgadniany jest z lekarzem; PZU nie zapewnia przewozu ubezpieczonego, jeżeli uszkodzenie ciała może spowodować w krótkim czasie poważne pogorszenie się jego stanu zdrowia lub zagrażać jego życiu, jeżeli nie zostanie mu szybko udzielona odpowiednia pomoc medyczna;

3) umówienia jednej konsultacji lekarskiej we wskazanej przez PZU placówce medycznej w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała; ubezpieczony może skorzystać z tej usługi przez rok od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; czas oczekiwania na konsultację lekarską wynosi maksymalnie: 2 dni robocze – w przypadku konsultacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej albo 5 dni roboczych – w przypadku konsultacji lekarzy pozostałych specjalizacji; ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania lokalizacji placówki medycznej, terminu konsultacji lekarskiej lub lekarza; w przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego nie obowiązują powyższe terminy, a termin konsultacji lekarskiej ustalany jest z uwzględnieniem dostępności danego lekarza; PZU nie pokrywa kosztów wizyty lekarskiej;
4) umówienia jednej wizyty pielęgniarskiej w celu wykonania zabiegów pielęgniarskich w miejscu pobytu ubezpieczonego w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała; ubezpieczony może skorzystać z tej usługi przez rok od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; PZU nie pokrywa kosztów wizyty pielęgniarskiej;
5) umówienia jednej wizyty u psychologa we wskazanej przez PZU placówce w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała; ubezpieczony może skorzystać z tej usługi przez rok od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; czas oczekiwania na wizytę u psychologa wynosi maksymalnie 5 dni roboczych; ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania lokalizacji placówki medycznej, terminu wizyty lub psychologa; w przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego nie obowiązuje powyższy termin, a termin wizyty u psychologa ustalany jest z uwzględnieniem dostępności danego psychologa; PZU nie pokrywa kosztów wizyty u psychologa;
6) dostarczenia zaleconych ubezpieczonemu pisemnie przez lekarza leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie ma osoby, która mogłaby dostarczyć mu leki – w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała; ubezpieczony może skorzystać z tej usługi przez rok od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, nie więcej niż 6 razy. PZU nie pokrywa kosztu leków;
7) usług informacyjnych dla ubezpieczonego dotyczących:
   a) godzin przyjęć, harmonogramu pracy placówek medycznych oraz zakresu terytorialnego realizowanych wizyt domowych,
   b) godzin pracy oraz numerów telefonów aptek działających na terytorium RP,
   c) leków.

ROZSZERZENIA ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 35

1. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa PWD w wariancie Super:
   1) może obejmować szkody, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3;
   2) może zostać zawarta bez stosowania warunku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby), dla usług assistance, o których mowa w § 32 pkt 4, 7, 8, 12, 16–18;
   3) z zastrzeżeniem ust. 2, może zostać zawarta z zakresem ochrony rozszerzonym w przypadku samochodów osobowych lub samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony:
      a) o zniesienie limitu holowania, o którym mowa w § 32 pkt 2 w razie zajścia wypadku lub awarii pojazdu na terytorium RP,
      b) o zwiększenie limitu holowania, o którym mowa w § 32 pkt 2, ze 150 km na 1200 km, w razie zajścia wypadku lub awarii pojazdu na terytorium innych niż RP państw Europy (z wyłączeniem Mołdawii i Rosji), a także na terytorium Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji.

2. Ochrona ubezpieczeniowa z rozszerzonym zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. b:
   1) w razie awarii pojazdu nie obejmuje samochodów ciężarowych oraz samochodów osobowych o liczbie miejsc powyżej 7, określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu;
   2) rozpoczyna się z upływem 7 dni od dnia zawarcia umowy PWD albo z upływem 7 dni od dnia zmiany warunków zawartej umowy PWD polegającej na rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, lub rozszerzeniu zakresu terytorialnego, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 1 lit. b; warunku tego nie stosuje się w przypadku wznowienia umowy PWD albo umowy PWD dotyczącej pojazdu fabrycznie nowego, zawartej najpóźniej w dniu jego zakupu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 36

1. PWD nie są objęte wypadki ubezpieczeniowe:
   1) o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2–7, 9, 10 i 18;
   2) powstałe w wyniku szkód eksploatacyjnych;
   3) powstałe wskutek samobójstwa ubezpieczonego albo próby samobójstwa.

2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte osoby przewożone za opłatą lub będące autostopowiczami, z wyjątkiem usługi assistance określonej w § 32 pkt 19 oraz w § 34 pkt 2.

3. Usługi assistance wymienione w § 32 i § 33 nie dotyczą sprzętu sportowego, turystycznego lub innego rodzaju ładunku przewożonego pojazdem lub przyczepą ciągniętą przez pojazd.

4. Usługi assistance, o których mowa w § 32 pkt 4–6, 12–14, 16 oraz w § 33 ust. 2 pkt 2 lit. d–f, nie dotyczą przyczep kempingowych i przyczep o ładowności do 2 ton.

5. Usługi assistance, o których mowa w § 32 pkt 4 oraz w § 33 ust. 2 pkt 2 lit. d, nie dotyczą motocykli i motorowerów.

6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umową PWD nie są objęte szkody, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

7. W wariancie PZU GO, PZU nie zorganizuje i nie pokryje kosztów usługi assistance, o której mowa w § 34 pkt 1, jeśli:
   1) ubezpieczony nie spełnił któregokolwiek z poniższych warunków:
      a) nie aktywował w telefonie znajdującym się w pojeździe aplikacji mobilnej,
      b) nie połączył aplikacji mobilnej z czujnikiem znajdującym się w pojeździe za pomocą Bluetooth,
      c) nie skalibrował prawidłowo – według instrukcji znajdującej się aplikacji mobilnej oraz na stronie pzu.pl – czujnika znajdującego się w pojeździe,
      d) nie włączył w telefonie znajdującym się w pojeździe funkcji lokalizacji (GPS), Bluetooth oraz transferu danych,
      e) nie zapewnił dla telefonu znajdującego się w pojeździe zasięgu sieci internetowej, sieci operatora telekomunikacyjnego oraz sygnału GPS;
   2) bateria w czujniku lub telefonie z aplikacją, znajdujących się w pojeździe, została wyczerpana lub rozładowana;
   3) telefon z aplikacją lub czujnik, znajdujące się pojeździe, są niesprawne lub zostały uszkodzone;
   4) nie jest aktywny numer telefonu z aplikacją znajdującego się w pojeździe.

8. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione bez uprzedniej zgody PZU, chyba że:
   1) powiadomienie PZU w sposób określony w § 91 ust. 1 pkt 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób lub
   2) wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce na autostradzie, a ubezpieczonemu pomocy udzieliły specjalne służby drogowe.

9. W przypadku, gdy do realizacji usługi assistance związanej z koniecznością udostępnienia pojazdu nie dojdzie z powodu nieudostępnienia przez ubezpieczonego unieruchomionego

pojazdu w terminie i miejscu ustalonym z PZU, dalsze usługi assistance nie przysługują, chyba że nieudostępnienie pojazdu nastąpiło z przyczyn, za które ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności.

10. W PWD stosuje się postanowienia § 12 ust. 4.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 37

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, okresu eksploatacji pojazdu, wariantu i okresu ubezpieczenia, zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 35, oraz zakresu terytorialnego ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 1, sposobu używania pojazdu, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.

2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

ROZDZIAŁ V
UBEZPIECZENIE PZU AUTO SZYBA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 38

1. Zakresem PAS objęta jest organizacja i pokrycie kosztów usług assistance, o których mowa w ust. 2, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia.

2. Zakresem PAS objęta jest organizacja i pokrycie kosztów usług assistance polegających na naprawie lub wymianie szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w PAS zastosowanie ma udział własny w wysokości 30% kosztów usług assistance, o których mowa w ust. 2, dla szkody powstałej wskutek drugiego i każdego następnego wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł w okresie ubezpieczenia.

KOSZTY DODATKOWE

§ 39

PZU zobowiązany jest zwrócić w granicach sumy ubezpieczenia koszty:

1) wynikłe z zastosowania, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, środków podjętych w celu ratowania szyb pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
2) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 92 pkt 6.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 40

1. PAS nie są objęte wypadki ubezpieczeniowe:
1) o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2–7, 9, 10 i 18;
2) powstałe w wyniku szkód eksploatacyjnych;
3) powstałe w trakcie wykonywania naprawy pojazdu;
4) powstałe w wyniku wad fabrycznych szyb polegających na wadliwości surowca lub defektach produkcyjnych.

2. Umową PAS nie są objęte szkody, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

3. Ponadto PAS nie obejmuje:
1) uszkodzenia lub zniszczenia innych niż szyba czołowa, tylna nie stanowiąca integralnej części dachu pojazdu lub szyba boczna, szklanych elementów pojazdu: szyberdachu, szkła reflektora, lusterka, dachu szklanego;
2) uszkodzenia lub zniszczenia nalepki kontrolnej;
3) uszkodzenia lub zniszczenia elementu na stałe związanego z szybą: uszczelki, listwy, uchwytu, ogrzewania, chyba że jego uszkodzenie lub zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub gdy jego wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby;
4) uszkodzenia lub zniszczenia elementów pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane na stałe z szybą: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu;
5) kalibracji kamery ani kalibracji zaawansowanego systemu wspomagania kierowcy (ADAS).

4. PZU nie zwraca kosztów usług assistance poniesionych przez ubezpieczonego, w przypadku gdy usługi te nie zostały zorganizowane przez PZU, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 zdanie drugie i § 43 ust. 4.

5. W PAS stosuje się postanowienia § 12 ust. 4.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 41

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, suma ubezpieczenia określana jest przez PZU w uzgodnieniu z ubezpieczającym, przy czym nie może być wyższa niż 10 000 zł.

2. Minimalna suma ubezpieczenia dla usług assistance związanych z poszczególnymi rodzajami pojazdów wynosi:
1) w przypadku samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego (bez względu na ładowność) lub innych samochodów ciężarowych o ładowności do 750 kg – 2 000 zł;
2) w przypadku samochodów ciężarowych o ładowności powyżej 750 kg i dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony – 3 000 zł;
3) w przypadku samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony – 8 000 zł;
4) w przypadku autobusów – 10 000 zł.

3. Suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o każdą kwotę wypłaconą przez PZU na pokrycie kosztów usług assistance.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 42

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od: rodzaju pojazdu, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, zawarcia umowy PAS potwierdzonej dokumentem ubezpieczenia obejmującym umowy PAS dotyczące więcej niż jednego pojazdu, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.

2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

USTALENIE KOSZTÓW USŁUG ASSISTANCE

§ 43

1. Objęta PAS usługa assistance przysługuje, jeżeli istnieje techniczna możliwość naprawy albo wymiany uszkodzonej szyby w pojeździe, przy czym do wymiany stosuje się szybę będącą częścią alternatywną.

2. Jeżeli koszt wymiany lub naprawy szyby przekracza sumę ubezpieczenia oraz w przypadku zastosowania udziału własnego, o którym mowa w § 38 ust. 3, warunkiem rozpoczęcia wykonywania usługi jest pokrycie przez ubezpieczonego różnicy między rzeczywistymi kosztami tej usługi a kwotą, do której PZU ponosi odpowiedzialność.

3. Jeżeli kwota, do której PZU ponosi odpowiedzialność nie wystarcza na pokrycie przez PZU w całości kosztów wymiany lub naprawy szyby w pojeździe, a ubezpieczony nie wyraża zgody na pokrycie różnicy, o której mowa w ust. 2, wówczas PZU wypłaca ubezpieczonemu odszkodowanie w kwocie, do której PZU ponosi odpowiedzialność.

4. W przypadku gdy:
1) PZU nie zapewni naprawy lub wymiany szyby w pojeździe w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia w PZU zajścia wypadku

ubezpieczeniowego i pozostawienia pojazdu w warsztacie w celu wykonania usługi lub
2) powiadomienie PZU w sposób określony w § 92 pkt 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób lub
3) PZU nie zapewni wymiany szyby z powodu niedostępności szyby będącej częścią alternatywną,

ubezpieczony może zlecić wykonanie usługi we własnym zakresie, a PZU zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty naprawy lub wymiany szyby.

5. Zwrot kosztów naprawy lub wymiany szyby w przypadku, o którym mowa w ust. 4 i § 6 ust. 4 zdanie drugie, następuje na podstawie rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 38 ust. 3.

ROZDZIAŁ VI
UBEZPIECZENIE PZU AUTO NNW
ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 44

1. Zakresem NNW objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci ubezpieczonego, a w przypadkach określonych w § 3 pkt 90 lit. e i lit. f, wyłącznie powyższe następstwa powstałe u kierowcy, z zastrzeżeniem § 46.

2. Zakresem NNW objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych określone w ust. 1, gdy wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w okresie ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 45

1. NNW obejmuje następujące świadczenia:
1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku ubezpieczeniowego, przy czym jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, a jeżeli ubezpieczony doznał mniej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu;
2) świadczenie z tytułu śmierci będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW;
3) świadczenie za leczenie uciążliwe związane z wypadkiem ubezpieczeniowym, o ile nie stwierdzono trwałego uszczerbku na zdrowiu – w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej jednak niż 1 000 zł;
4) zasiłek dzienny – w wysokości jednego promila sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW za każdy dzień oraz nie dłużej niż przez 60 dni, płatny w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego – od pierwszego dnia lub w przypadku leczenia ambulatoryjnego – od 7 dnia po dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
5) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej jednak niż 10 000 zł;
6) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej jednak niż 10 000 zł;
7) zwrot kosztów leczenia, w tym rehabilitacji – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej jednak niż 5 000 zł;
8) zwrot kosztów transportu zwłok, tj. kosztów organizacji i transportu zwłok, kosztów usług zakładów pogrzebowych polegających na przygotowaniu zwłok do transportu, kremacji, kosztów zakupu trumny lub urny – do wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW, nie więcej jednak niż 15 000 zł.

2. Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony był leczony i leczenie to było leczeniem uciążliwym, a nie stwierdzono trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie za leczenie uciążliwe na podstawie dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczonego. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie za leczenie uciążliwe z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego.

3. Zasiłek dzienny przysługuje tylko osobom pracującym zarobkowo oraz wyłącznie w przypadku zawarcia umowy NNW na okres 12 miesięcy. W przypadku zajścia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 60 dni. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W przypadku, kiedy ubezpieczony zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie może otrzymać zaświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, zasiłek dzienny wypłacany jest na podstawie zaświadczenia od lekarza prowadzącego oraz dokumentacji medycznej. Jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego, jeżeli w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek dzienny, wykonywał pracę zarobkową.

4. Koszty, o których mowa w ust. 1 pkt 5–8, podlegają zwrotowi, jeżeli powstały w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto koszty leczenia, w tym rehabilitacji, o których mowa w ust. 1 pkt 7, podlegają zwrotowi, jeżeli były niezbędne z medycznego punktu widzenia.

5. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1 pkt 5–8, następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu określonego dla tych kosztów, przy czym jeżeli koszty te zostały poniesione w walucie obcej stosuje się postanowienia § 98 ust. 3.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 46

1. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli te wypadki zaszły:
1) w odniesieniu do kierowcy podczas kierowania przez niego pojazdem:
   a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   b) jeżeli nie posiadał uprawnień do kierowania pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   c) niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
2) w odniesieniu do pasażera:
   a) będącego w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   b) który świadomie podjął jazdę z kierowcą prowadzącym pojazd w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
3) w odniesieniu do kierowcy lub pasażera:

a) wskutek umyślności lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub uposażonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
b) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
c) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub w związku z użyciem pojazdu w celu popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
d) w wyniku udziału w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
e) wskutek działań wojennych lub wskutek udziału w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, sabotażu,
f) wskutek udziału w aktach terroryzmu,
g) w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów,
h) podczas jazd wyścigowych lub konkursowych lub treningów do tych jazd.

2. Odpowiedzialność PZU jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego, tj. przyczyną wypadku ubezpieczeniowego jest zarówno choroba lub stan chorobowy, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU obejmuje uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, który jest następstwem działania przyczyny zewnętrznej, chyba że nie można ustalić, jakie uszkodzenia ciała lub czy rozstrój zdrowia są wyłącznie następstwem działania przyczyny zewnętrznej; w takim przypadku przyjmuje się, że uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem działania przyczyny zewnętrznej.

3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu w celach, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

4. Odpowiedzialność PZU nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

5. W NNW stosuje się postanowienia § 12 ust. 4.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 47

Suma ubezpieczenia jest określana przez PZU w uzgodnieniu z ubezpieczającym i stanowi wielokrotność 1 000 zł, przy czym suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 5 000 zł oraz wyższa niż 100 000 zł w stosunku do jednego ubezpieczonego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 48

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, zawarcia umowy NNW potwierdzonej dokumentem ubezpieczenia obejmującym umowy NNW dotyczące więcej niż jednego pojazdu, sposobu używania pojazdu, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.

2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

USTALANIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 49

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.

2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego następuje na podstawie dostarczonych dokumentów lub informacji określonych w § 93 oraz wyników badań lekarskich.

3. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć nastąpiły nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA", zatwierdzonej uchwałą zarządu PZU i obowiązującej w dniu zawarcia umowy NNW, która jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU oraz na stronie internetowej PZU.

5. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po całkowitym zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.

7. Jeżeli w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW.

8. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego były już upośledzone wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu, po zajściu wypadku ubezpieczeniowego a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym bezpośrednio przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.

9. W razie przewożenia większej liczby osób niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu, wysokość świadczeń dla każdej osoby oblicza się od sumy ubezpieczenia ustalonej ze stosunku łącznej sumy ubezpieczenia dla liczby osób równej liczbie miejsc określonych w dowodzie rejestracyjnym pojazdu do liczby faktycznie przewożonych osób.

10. Koszty, o których mowa w § 45 ust. 1 pkt 5–8, podlegają zwrotowi pod warunkiem, że konieczność ich poniesienia zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a w przypadku kosztów rehabilitacji, o których mowa w § 45 ust. 1 pkt 7, dodatkowo pod warunkiem, że konieczność rehabilitacji powstała nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

11. Na zlecenie oraz na koszt PZU ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń. Niezależnie od świadczeń objętych NNW, PZU zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, przy czym koszty przejazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez PZU zasadności wyboru środka transportu.

12. Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na podstawie kilku umów ubezpieczenia zawartych z PZU, świadczenia przysługują z każdej umowy ubezpieczenia,

jednak zwrot kosztów, o których mowa w § 45 ust. 1 pkt 5–8, następuje do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

13. Jeżeli PZU wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, PZU wypłaca uposażonemu świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci określonej w umowie NNW i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
14. W razie śmierci ubezpieczonego niebędącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu – ustalony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

ROZDZIAŁ VII
UBEZPIECZENIE PZU AUTO ASYSTENT ZDROWOTNY
ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 50

1. Zakresem PAZ objęta jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 51, pozostających w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, realizowanych w odniesieniu do ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 53.
2. Świadczenia zdrowotne przysługują, gdy wypadek ubezpieczeniowy oraz jego następstwa w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia zaszły w okresie ubezpieczenia.

RODZAJE I LIMITY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 51

Z tytułu umowy PAZ przysługują następujące świadczenia zdrowotne:

Świadczenie zdrowotne	Limit na każdy wypadek ubezpieczeniowy dla jednego ubezpieczonego
Infolinia medyczna:	
1) umawianie terminu realizacji świadczeń zdrowotnych; 2) uzyskanie informacji o godzinach przyjęć, harmonogramie pracy placówek medycznych oraz zakresie terytorialnym realizowanych wizyt domowych.	bez limitu
Konsultacje lekarskie Konsultacje lekarskie realizowane bez skierowania, udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy tych placówek. Konsultacje lekarza specjalisty obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje lekarza specjalisty nie obejmują konsultacji lekarzy specjalistów posiadających tytuł naukowy: doktora habilitowanego, doktora nauk medycznych, profesora).	
Dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej internista, lekarz chorób wewnętrznych, lekarz rodzinny, pediatra.	2 konsultacje
Dostęp do lekarza specjalisty audiolog, chirurg ogólny, chirurg naczyniowy, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastroenterolog, ginekolog, hematolog, hepatolog, kardiolog, lekarz specjalista rehabilitacji, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, psychiatra, pulmonolog, rehabilitant, reumatolog, urolog.	2 konsultacje
Terapia psychologiczna w przypadku skierowania na tę terapie przez lekarza świadczeniodawcy.	5 konsultacji
Badania i zabiegi ambulatoryjne realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii medycznej.	700 zł
Zabiegi ambulatoryjne Zabiegi wykonywane w ramach konsultacji lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej bez szkody dla ubezpieczonego. Zabiegi nie obejmują kosztów leków i materiałów niezbędnych do wykonania zabiegów. 1. **Zabiegi pielęgniarskie:** pomiar ciśnienia, pomiar wzrostu i wagi ciała, iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne, podłączenie wlewu kroplowego, pobranie krwi. 2. **Zabiegi ogólnolekarskie:** zakładanie cewników, pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych, opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia), podanie anatoksyny przeciw tężcowi. 3. **Zabiegi chirurgiczne:** nacięcie ropnia, szycie rany, zdjęcie szwów. 4. **Zabiegi okulistyczne:** badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, usunięcie ciała obcego z oka. 5. **Zabiegi ortopedyczne:** opatrzenie drobnych urazów, punkcja stawu. 6. **Zabiegi otolaryngologiczne:** usunięcie ciała obcego z ucha, nosa, gardła, postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, opatrunek uszny z lekiem. 7. **Zabiegi urologiczne:** zakładanie cewników.	

Świadczenie zdrowotne	Limit na każdy wypadek ubezpieczeniowy dla jednego ubezpieczonego
Diagnostyka laboratoryjna **1. Badania hematologiczne i układu krzepnięcia:** czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), czas protrombinowy (PT), czas trombinowy, D – Dimery, eozynofilia bezwzględna, fibrynogen (FIBR), morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów, morfologia krwi bez rozmazu, hematokryt, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), leukocyty, płytki krwi, retikulocyty. **2. Badania biochemiczne:** albuminy, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), chlorki (CI), fosfataza alkaliczna (AP), glukoza, kinaza fosfokreatynowa, izoenzym CK-MB, kreatynina, mocznik, potas (K), proteinogram, seromukoid, sód (Na). **3. Badania wirusologiczne:** przeciwciała przeciw Borrelia IgG, przeciwciała przeciw Borrelia IgM. **4. Badania bakteriologiczne:** posiew z rany, posiew z moczu z antybiogramem, posiew wymazu z nosa, posiew wymazu z oka, posiew wymazu z ucha. **5. Badania moczu:** badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, ciała ketonowe w moczu. **Diagnostyka radiologiczna (RTG):** czaszki, okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, spojenia żuchwy, okolicy jarzmowo-szczękowej, krtani, nosogardzieli, okolicy tarczycy, klatki piersiowej, kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), barku, łopatki, mostka, żeber, stawów, ramienia, łokcia, przedramienia, nadgarstka, dłoni, palca, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy, biodra, uda, kolana, podudzia, kostki, stopy, przeglądowe jamy brzusznej. **Diagnostyka ultrasonograficzna (USG):** ginekologiczne przezpochwowe – transvaginalne, miednicy małej, piersi, przeglądowe jamy brzusznej (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy), układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego), tarczycy, mięśni, stawów biodrowych, stawów kolanowych, stawów łokciowych, stawów skokowych, stawów barkowych, drobnych stawów i więzadeł, ścięgna, węzłów chłonnych, krtani, nadgarstka, palca, tkanek miękkich, jąder, echokardiografia (ECHO), dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, dopplerowskie tętnic dogardłowych, dopplerowskie żył szyjnych, dopplerowskie tętnic kończyn, żył kończyn, dopplerowskie tętnic nerkowych.	

Świadczenie zdrowotne	Limit na każdy wypadek ubezpieczeniowy dla jednego ubezpieczonego
Diagnostyka obrazowa TK i NMR Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii medycznej. Obejmuje koszt kontrastu. **Diagnostyka endoskopowa** z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną – w uzasadnionych medycznie przypadkach. Nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego z wyjątkiem wskazań medycznych oraz nagrań. Gastroskopia – test urazowy, sigmoidoskopia, rektoskopia, kolonoskopia. **Badania czynnościowe** EKG spoczynkowe, Spirometria, EEG – encefalografia w trybie czuwania (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG, EMG – elektromiografia, Audiometria tonalna, Audiometria impedancyjna (tympanogram).	
Rehabilitacja ambulatoryjna Zakres i rodzaj zabiegów realizowany jest na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii medycznej. **1. Zabiegi kinezoterapii:** ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, masaż leczniczy, wyciąg, teaping. **2. Zabiegi fizykoterapii:** elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Traberta, magnetoterapia, ultradźwięki miejscowe, laseroterapia punktowa, Sollux, krioterapia częściowa.	30 zabiegów
Wizyta pielęgniarki w związku z uzasadnioną koniecznością wykonania zabiegów pielęgniarskich w miejscu pobytu ubezpieczonego. Skierowanie do wykonania zabiegów pielęgniarskich jest wydawane przez lekarza świadczeniodawcy.	2 wizyty
Transport medyczny do placówki medycznej w razie zdarzeń nie wymagających interwencji pogotowia ratunkowego i jednocześnie wymagających transportu medycznego, realizowany w przypadku jego zlecenia przez lekarza świadczeniodawcy.	500 zł

USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 52

1. Prawo do świadczeń zdrowotnych ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dokumentów lub informacji określonych w § 94 lub wyników badań lekarskich.
3. Decyzję o tym, czy ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych PZU przekazuje najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
4. Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń zdrowotnych przez rok od dnia nadania prawa do świadczeń, o którym mowa w ust. 3.
5. W przypadku, gdy wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 3 okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczeń zdrowotnych okazało się niemożliwe, PZU wydaje decyzję w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Jeżeli świadczenie zdrowotne nie przysługuje, PZU informuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą odmowę realizacji świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. PZU umożliwia ubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych po uprzednim umówieniu za pośrednictwem Infolinii medycznej, we wskazanej przez świadczeniodawcę placówce medycznej, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania lokalizacji placówki medycznej, terminu konsultacji lekarskiej lub lekarza.
9. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych czas oczekiwania na konsultację lekarską wynosi maksymalnie:
   1) 2 dni robocze – w przypadku konsultacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej;
   2) 5 dni roboczych – w przypadku konsultacji lekarzy pozostałych specjalizacji.
10. W przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego, o których mowa w ust. 8, nie obowiązują terminy określone w ust. 9. W takim przypadku terminy danych konsultacji lekarskich ustalane są z uwzględnieniem dostępności danego lekarza.
11. Jeżeli ubezpieczony z przyczyn leżących wyłącznie po stronie PZU nie powiadomił PZU lub nie skontaktował się z Infolinią medyczną i we własnym zakresie zorganizował oraz pokrył koszty świadczenia zdrowotnego, PZU zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu świadczenia zdrowotnego na terenie miejscowości, w której świadczenie zdrowotne zostało wykonane. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.
12. Koszty, o których mowa w ust. 11, podlegają zwrotowi osobie, które je poniosła.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 53

1. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych:
   1) o których mowa w § 46 ust. 1;
   2) które zaszły w związku z ruchem pojazdu w celach, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3 lit. a–f;
   3) które zaszły podczas jazd wyścigowych lub konkursowych lub treningów do tych jazd.
2. W PAZ stosuje się postanowienia § 12 ust. 4 oraz § 46 ust. 2 i ust. 4.
3. PZU nie zwraca wydatków poniesionych na przejazdy w celu wykonania badań lub konsultacji lekarskich, o których mowa w § 51.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 54

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, okresu ubezpieczenia oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.
2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

ROZDZIAŁ VIII

UBEZPIECZENIE PZU AUTO NNW MAX

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 55

1. Zakresem NNW Max objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych w postaci niezdolności do pracy lub śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 57.
2. Zakresem NNW Max objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych określone w ust. 1, gdy wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w okresie ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 56

NNW Max obejmuje następujące świadczenia:
1) świadczenie z tytułu niezdolności do pracy będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW Max;
2) świadczenie z tytułu śmierci będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW Max.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 57

1. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli te wypadki zaszły:
   1) w odniesieniu do kierowcy podczas kierowania przez niego pojazdem w okolicznościach określonych w § 46 ust. 1 pkt 1;
   2) w odniesieniu do pasażera w okolicznościach określonych w § 46 ust. 1 pkt 2;
   3) w odniesieniu do kierowcy lub pasażera w okolicznościach określonych w § 46 ust. 1 pkt 3 lit. a–f i h oraz podczas kierowania pojazdem wykorzystywanym do nauki jazdy.
2. W NNW Max stosuje się postanowienia § 12 ust. 4 oraz § 46 ust. 2 i ust. 4.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 58

Suma ubezpieczenia jest określana przez ubezpieczającego i stanowi wielokrotność 50 000 zł, przy czym suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 100 000 zł oraz wyższa niż 500 000 zł.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 59

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wznowienia NNW Max w PZU, jednoczesnego zawarcia umowy OC oraz AC w PZU dotyczących pojazdu, którego właścicielem jest jednocześnie ubezpieczonym w NNW Max, zawarcia kilku umów NNW Max potwierdzonych tym samym dokumentem ubezpieczenia, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.
2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

USTALANIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 60

1. Prawo do świadczenia przysługuje po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego następuje na podstawie dostarczonych dokumentów lub informacji, określonych w § 93 ust. 2 i 3 oraz wyników badań lekarskich.
3. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie NNW Max.
4. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy albo śmierci ubezpieczonego przysługuje, jeżeli niezdolność do pracy albo śmierć nastąpiły nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli PZU wypłaci świadczenie z tytułu niezdolności do pracy, a następnie nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, świadczenie z tytułu śmierci nie przysługuje.
6. W razie śmierci ubezpieczonego niebędącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu niezdolności do pracy – PZU wypłaca świadczenie z tytułu niezdolności do pracy spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy nie zostało ustalone przed śmiercią ubezpieczonego, zasadność roszczenia będzie określana na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.
7. Na zlecenie oraz na koszt PZU ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń. Niezależnie od świadczeń objętych NNW Max, PZU zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, przy czym koszty przejazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez PZU zasadności wyboru środka transportu.

ROZDZIAŁ IX
UBEZPIECZENIE PZU AUTO ZIELONA KARTA
ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 61

1. Zakresem ZK objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim przez posiadacza lub kierowcę w związku z ruchem pojazdu mechanicznego na terytorium państw wskazanych w umowie ZK.
2. Odszkodowanie ustala się w zakresie ochrony wymaganej przepisami prawa obowiązującymi w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 62 ust. 3.
3. Jeżeli poszkodowany i posiadacz lub kierowca są obywatelami polskimi i mają miejsce zamieszkania w RP, a roszczenie zostało zgłoszone w RP, PZU ponosi odpowiedzialność na zasadach określonych przepisami prawa polskiego, o ile przepisy prawa obowiązujące w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, przewidują taką właściwość.

SUMA GWARANCYJNA

§ 62

1. Sumę gwarancyjną ustala się w wysokości równej sumie gwarancyjnej przyjętej w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu.
2. Równowartość sumy gwarancyjnej w złotych polskich ustala się przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu wyrządzenia szkody.
3. Jeżeli suma gwarancyjna przewidziana przepisami prawa obowiązującymi w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, jest niższa od sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ZK, PZU ponosi odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej określonej w umowie ZK.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 63

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ZK uwzględniona jest w składce ubezpieczeniowej z tytułu umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu.
2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

ROZDZIAŁ X
UBEZPIECZENIE PZU AUTO OCHRONA PRAWNA
ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 64

1. Zakresem PAOP objęte są koszty ochrony prawnej dotyczące wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia stosownie do wybranego wariantu ubezpieczenia wskazanego w ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia PAOP może zostać zawarta w jednym z następujących wariantów:
   1) PZU Auto Ochrona Prawna Komfort (PAOP Komfort);
   2) PZU Auto Ochrona Prawna Super (PAOP Super).
3. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy PAOP, zwrot kosztów ochrony prawnej następuje w zakresie objętym wariantem ubezpieczenia obowiązującym w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

PZU AUTO OCHRONA PRAWNA KOMFORT

§ 65

1. Z zastrzeżeniem § 66 i § 70, zakresem PAOP Komfort objęte są koszty poniesione w związku z:
   1) dochodzeniem przez ubezpieczonego własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych w zakresie szkód powstałych w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu lub jazdą w pojeździe albo innym pojeździe w charakterze pasażera;
   2) obroną ubezpieczonego w zakresie prawa karnego z tytułu przestępstw lub wykroczeń przeciwko bezpieczeństwu lub porządkowi w komunikacji popełnionych w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu;
   3) ochroną interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie umów związanych z pojazdem.
2. Zakresem PAOP Komfort objęte są koszty dotyczące każdego etapu postępowań, o których mowa w ust. 1.

§ 66

1. Z zastrzeżeniem § 71 ust. 1 pkt 1, zakresem PAOP Komfort objęte są następujące koszty ochrony prawnej:
   1) wynagrodzenia jednego adwokata albo radcy prawnego ustanowionego przez ubezpieczonego, określone w § 75;
   2) opinii prawnych sporządzonych na piśmie;
   3) sądowe w sprawach cywilnych i karnych;
   4) zasądzone prawomocnym orzeczeniem sądu od ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej, w tym koszty zasądzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego;
   5) postępowania egzekucyjnego w zakresie maksymalnie trzech dowolnie wybranych przedmiotów egzekucji, podjętego na podstawie jednego tytułu wykonawczego w stosunku do tego samego podmiotu;
   6) postępowania sądu polubownego do wysokości 100% kosztów sądowych, które by powstały przed właściwym sądem powszechnym I instancji;
   7) mediacji pozasądowej prowadzonej za zgodą PZU lub koszty mediacji prowadzonej w toku postępowania sądowego (mediacja sądowa) w wyniku skierowania sprawy przez sąd, umowy o mediację lub zgodnego wniosku stron;
   8) udzielenia informacji prawnej w szczególności obejmującej:
      a) koszty przesłania wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
      b) koszty przesłania tekstów obowiązujących lub archiwalnych aktów prawnych,

c) koszty uzyskania informacji o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia postępowania sądowego i postępowań określonych w pkt 5–7.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 8, zakres ubezpieczenia obejmuje udzielenie maksimum 10 informacji prawnych w okresie ubezpieczenia, bez względu na to czy jedno zlecenie udzielenia informacji prawnej obejmuje wszystkie czy tylko niektóre z usług, o których mowa w ust. 1 pkt 8 lit. a, lit. b lub lit. c.

PZU AUTO OCHRONA PRAWNA SUPER

§ 67

1. Z zastrzeżeniem § 68 i 70, zakresem PAOP Super objęte są koszty poniesione w związku z:
1) dochodzeniem przez ubezpieczonego własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych w zakresie szkód powstałych w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu lub jazdą w pojeździe albo innym pojeździe w charakterze pasażera;
2) obroną ubezpieczonego w zakresie prawa karnego z tytułu przestępstw lub wykroczeń przeciwko bezpieczeństwu lub porządkowi w komunikacji popełnionych w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu;
3) ochroną interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie umów związanych z pojazdem;
4) postępowaniem związanym z zatrzymaniem prawa jazdy ubezpieczonego w związku z posiadaniem, w tym z ruchem lub używaniem, pojazdu albo innego pojazdu lub zatrzymaniem dowodu rejestracyjnego pojazdu;
5) ochroną interesów prawnych ubezpieczonego w związku z postępowaniem podatkowym dotyczącym pojazdu.

2. Zakresem PAOP Super objęte są koszty dotyczące każdego etapu postępowań, o których mowa w ust. 1.

§ 68

Z zastrzeżeniem § 71 ust. 1 pkt 2, zakresem PAOP Super objęte są koszty, o których mowa w § 66. W przypadku ochrony interesów prawnych związanych z postępowaniem podatkowym, o którym mowa w § 67 ust. 1 pkt 5, zakresem PAOP Super objęte są również koszty sądowe w sprawach administracyjnych.

PORĘCZENIE MAJĄTKOWE

§ 69

1. W zakresie PAOP Super, PZU poza kosztami wymienionymi w § 68, zobowiązuje się również pokryć koszty poręczenia majątkowego w postaci kwoty pieniężnej, przewidzianego w prawie karnym do uniknięcia przez ubezpieczonego tymczasowego aresztowania, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. PZU pokrywa koszty poręczenia majątkowego, o którym mowa w ust. 1, w granicach limitu określonego w § 70 ust. 3. Ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu PZU tej kwoty w terminie 12 miesięcy od dnia pokrycia kosztów tego poręczenia, chyba że obowiązek zwrotu kwoty poręczenia powstanie wcześniej stosownie do postanowień ust. 3 lub ust. 4.

3. W razie odstąpienia od zastosowania poręczenia majątkowego albo dokonania zwrotu ubezpieczonemu kwoty tego poręczenia, ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu PZU kwoty poręczenia w zakresie jakim kwota ta została pokryta przez PZU w terminie 7 dni od dnia jej zwrotu ubezpieczonemu.

4. W razie prawomocnego orzeczenia o przepadku kwoty poręczenia majątkowego lub jego części albo jej zaliczenia na poczet orzeczonej kary, ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu poniesionych przez PZU kosztów poręczenia majątkowego w terminie 7 dni od dnia uprawomocnienia się orzeczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 70

PZU nie odpowiada za koszty ochrony prawnej:
1) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych w związku z prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lub innego pojazdu bez wymaganego dokumentu lub ważnych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli miało to wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
2) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych w związku z prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lub innego pojazdu niesprawnego technicznie lub nieposiadającego aktualnych badań technicznych lub niedopuszczonego do ruchu, jeżeli miało to wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
3) w postępowaniach związanych z zarzutem naruszenia zakazu postoju, zakazu zatrzymywania się, przepisów dotyczących parkowania lub przekroczenia prędkości;
4) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych spowodowanych umyślnie przez ubezpieczonego lub pozostających w bezpośrednim związku z popełnieniem przez ubezpieczonego umyślnego przestępstwa lub wykroczenia;
5) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych wskutek znajdowania się ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli miało to wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
6) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych, w wyniku których powstanie spór ubezpieczonego z ubezpieczającym;
7) dotyczące wypadków ubezpieczeniowych, w wyniku których powstanie spór pomiędzy ubezpieczonym a PZU, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA lub PZU Centrum Operacji SA;
8) pokryte w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczonego z innym zakładem ubezpieczeń;
9) poniesione w postępowaniu wszczętym przeciwko ubezpieczonemu przez osoby bliskie ubezpieczonego;
10) w postępowaniach z zakresu prawa celnego lub karno-skarbowego oraz dotyczących innych opłat publicznoprawnych z wyłączeniem postępowania podatkowego;
11) z zakresu prawa górniczego lub geologicznego, w tym związanych ze szkodami w nieruchomościach spowodowanych ruchem zakładu górniczego;
12) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym oraz trybunałami międzynarodowymi;
13) z tytułu szkód powstałych w gotówce, bonach towarowych, substytutach pieniądza, dziełach sztuki, biżuterii, przedmiotach z metali lub kamieni szlachetnych, papierach wartościowych, dokumentach lub zbiorach o charakterze kolekcjonerskim lub archiwalnym lub przedmiotach o charakterze zabytkowym lub unikatowym;
14) związane ze świadomym zatajeniem przez ubezpieczonego informacji lub dokumentów mogących mieć wpływ na sposób świadczenia pomocy prawnej;
15) związane z dochodzeniem roszczeń za nienależyte wykonanie usług przez podmioty działające na zlecenie PZU;
16) gdy obrona interesów ubezpieczonego jest sprzeczna z dobrymi obyczajami;
17) dotyczące szkód, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 3.

SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 71

1. Suma ubezpieczenia w zależności od wybranego wariantu wynosi:
1) 500 zł dla PAOP Komfort;
2) 30 000 zł dla PAOP Super.

2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU. Suma ubezpieczenia ustalona jest na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia i na wszystkich ubezpieczonych łącznie.

3. W ramach sumy ubezpieczenia ustala się limit odpowiedzialności z tytułu kosztów poręczenia majątkowego do wysokości 50% sumy ubezpieczenia.

4. Każdorazowe pokrycie lub zwrot kosztów powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia i limitu odpowiedzialności o wypłaconą kwotę.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 72

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, umiejscowienia kierownicy w pojeździe, indywidualnej oceny ryzyka oraz sposobu zapłaty składki ubezpieczeniowej.
2. Zasady płatności składki ubezpieczeniowej określone są w § 86.

USTALENIE KOSZTÓW I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 73

1. Podstawą wypłaty świadczenia są dowody dokumentujące poniesienie kosztów lub obowiązek ich zapłaty przez ubezpieczonego stanowiące:
   1) rachunki wystawione przez adwokata lub radcę prawnego wraz z potwierdzeniem zapłaty;
   2) wezwania do zapłaty;
   3) prawomocne orzeczenia sądowe;
   4) inne dokumenty potwierdzające zasadność i wysokość poniesionych lub ponoszonych kosztów.
2. Jeżeli wysokość kosztów nie wynika z przepisów prawa, koszty pokrywane są w wysokości każdorazowo uzgodnionej na piśmie z PZU.
3. Jeżeli w postępowaniu karnym lub w sprawie o wykroczenie został wydany prawomocny wyrok uniewinniający ubezpieczonego od zarzutu umyślnego popełnienia przestępstwa lub wykroczenia, PZU pokryje ubezpieczonemu koszty, do których pokrycia byłby zobowiązany zgodnie z postanowieniami OWU. Zasada ta ma także zastosowanie w przypadku innych postępowań prawnych, jeżeli odmowa udzielenia ochrony ubezpieczeniowej spowodowana była umyślnym naruszeniem prawa przez ubezpieczonego.
4. W przypadku, o którym mowa w § 74 ust. 2, rozliczenie kosztów podlegających pokryciu przez PZU następuje bezgotówkowo.

UDZIAŁ ADWOKATA LUB RADCY PRAWNEGO

§ 74

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony i reprezentowania jego interesów.
2. PZU może także niezobowiązująco polecić ubezpieczonemu adwokata lub radcę prawnego.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania PZU o stanie sprawy.
4. Adwokat i radca prawny ponosi odpowiedzialność wyłącznie wobec ubezpieczonego, a PZU nie ponosi odpowiedzialności za czynności adwokata lub radcy prawnego.

§ 75

Koszty wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego pokrywane są według następujących zasad:

1) zwrot kosztów wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego następuje w wysokości nie wyższej niż dwukrotność stawki minimalnej określonej na podstawie odpowiednich przepisów prawa w sprawie opłat za czynności adwokata lub radcy prawnego;
2) zasady opisane w pkt 1 dotyczą wysokości wynagrodzenia adwokata i radcy prawnego z tytułu świadczenia usług na każdym etapie ochrony interesów prawnych ubezpieczonego, przy czym za cały okres świadczenia usług (etap przedsądowy i sądowy) należy się łącznie jedno wynagrodzenie ustalane według tych zasad.

ROZDZIAŁ XI
POSTANOWIENIA WSPÓLNE
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 76

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy albo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowa direct, umowa przez infolinię albo umowa w systemie uproszczonym).
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego, przy czym nie dotyczy to umowy w systemie uproszczonym. Umowę direct i umowę przez infolinię zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Wniosek stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
3. PZU doręcza ubezpieczającemu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Przy zawarciu umowy PWD w wariancie PZU GO, PZU doręcza ubezpieczającemu czujnik. Jeżeli w czasie trwania umowy PWD ubezpieczający zgłosi do PZU niesprawność czujnika, PZU dokona niezwłocznej jego wymiany.
5. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek:
   1) PZU doręcza ubezpieczającemu dodatkowo OWU w takiej liczbie egzemplarzy jaka odpowiada ilości ubezpieczonych w tej umowie ubezpieczenia;
   2) ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć ubezpieczonemu OWU na piśmie lub za zgodą ubezpieczonego na innym trwałym nośniku; w przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową; przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego; na żądanie PZU ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.
6. Zawarcie umowy w systemie uproszczonym oraz umowy direct następuje z chwilą zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, w terminie ustalonym na jej zapłatę, o którym mowa w § 86 ust. 5. Zawarcie umowy przez infolinię następuje z chwilą potwierdzenia przez PZU przyjęcia wniosku ubezpieczającego.
7. Zawarcie umowy direct lub umowy przez infolinię następuje po uprzednim:
   1) zapoznaniu się z właściwymi Regulaminami świadczenia usług drogą elektroniczną oraz ich zaakceptowaniu przez ubezpieczającego;
   2) zaakceptowaniu treści OWU przez ubezpieczającego;
   3) złożeniu wniosku.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia, a w przypadku umowy ZK także Międzynarodową Kartą Ubezpieczenia Samochodowego.
9. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie danych zgłaszanych przez ubezpieczającego we wniosku. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od udokumentowania tych danych.
10. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
11. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 9, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
12. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 9 i 10 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
13. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 9–11, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 9–11 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
14. Do umowy w systemie uproszczonym nie stosuje się postanowień ust. 8–10 i 12.

§ 77

1. PZU może uzależnić zawarcie umowy AC, PAO, PWD, PAS, NNW, NNW Max lub PAOP od dokonania indywidualnej oceny ryzyka. W przypadku AC, PAO, PWD i PAS, PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od identyfikacji pojazdu wraz z jego wyposażeniem lub od dokonania oględzin pojazdu w terminie uzgodnionym z ubezpieczającym.
2. Warunkiem zawarcia umowy PAO jest zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu.
3. Zawarcie umowy OC lub umowy AC oznacza jednoczesne zawarcie umowy PWD w wariancie Komfort dotyczącej tego samego pojazdu.
4. Zawarcie umowy PWD bez jednoczesnego zawarcia umowy OC lub umowy AC możliwe jest wyłącznie w wariancie Super albo w wariancie Super wraz z PZU GO. Zastosowanie w umowie PWD rozszerzenia, o którym mowa w § 35 ust. 1 pkt 3 (zmiana limitu holowania), jest możliwe jedynie w przypadku zawarcia umowy OC lub umowy AC.
5. Warunkiem zawarcia umowy PAS jest jednoczesne zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu.
6. Warunkiem zawarcia umowy PAZ jest zawarcie umowy NNW dotyczącej tego samego pojazdu, przy czym okres ubezpieczenia umowy PAZ i umowy NNW musi się kończyć w tym samym dniu.
7. Warunkiem zawarcia umowy ZK jest zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu.
8. Warunkiem zawarcia umowy PAOP jest jednoczesne zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu oraz nie wykorzystywania pojazdu do działalności zarobkowej.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 78

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy albo na okres krótszy, z zastrzeżeniem ust. 2–4.
2. Umowę PAO, umowę PWD w wariancie Super, umowę PAS lub umowę PAOP zawiera się na okres krótszy niż 12 miesięcy wyłącznie wtedy, gdy umowa ta jest potwierdzona dokumentem ubezpieczenia, który obejmuje również umowę OC lub umowę AC zawartą na okres 12 miesięcy, a w przypadku PAO – co najmniej umowę OC zawartą na okres 12 miesięcy.
3. Umowę PAZ zawiera się na okres krótszy niż 12 miesięcy wyłącznie wtedy, gdy umowa ta jest potwierdzona dokumentem ubezpieczenia, który obejmuje również umowę NNW.
4. Okres ubezpieczenia w umowie ZK nie może być krótszy niż 15 dni.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 79

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy oraz umowy przez infolinię, jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 2–3 i 5–6.
2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia określono termin zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty przypadający na dzień, w którym rozpoczyna się określony w tej umowie okres ubezpieczenia, albo na dzień przypadający po tym dniu, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się w dniu określonym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Jeżeli w umowie ubezpieczenia określono termin zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty przypadający przed dniem, w którym rozpoczyna się określony w tej umowie okres ubezpieczenia, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 5. Jeżeli składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie zostanie zapłacona do trzydziestego dnia od dnia początku okresu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z tym dniem.
4. W umowie w systemie uproszczonym oraz umowie direct odpowiedzialność PZU rozpoczyna się w dniu określonym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku ustalenia przez ubezpieczającego i PZU terminu dokonania identyfikacji pojazdu lub oględzin pojazdu, o których mowa w § 77 ust. 1, przypadającego po zawarciu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po dokonaniu tej identyfikacji lub tych oględzin oraz pod warunkiem, że w wyniku tej identyfikacji pojazdu lub jego oględzin, nie zostaną stwierdzone protokołem z dokonania tych czynności, istotne rozbieżności w stanie pojazdu lub danych pojazdu zgłaszanych przez ubezpieczającego we wniosku lub nie zostanie stwierdzone, że właścicielem pojazdu lub osobą uprawnioną do korzystania z pojazdu, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a jest osoba inna niż wskazana przez ubezpieczającego we wniosku. W przypadku niedokonania identyfikacji lub oględzin pojazdu w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, lub innym uzgodnionym przez PZU i ubezpieczającego, z przyczyn leżących po stronie ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym identyfikacja lub oględziny miały być dokonane.
6. W przypadku umowy ZK, jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ZK, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty oraz nie wcześniej niż z chwilą przekroczenia granicy pierwszego z państw objętych umową ZK.

§ 80

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
   2) w AC i PAO – z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę polegającą na całkowitym zniszczeniu lub utracie pojazdu;
   3) w AC, PAS i PAOP – z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań, przy czym odnośnie AC tylko wtedy, gdy w umowie AC umówiono się, że suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie;
   4) w NNW Max – z dniem wypłaty świadczenia z NNW Max;
   5) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
   6) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
   7) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem natychmiastowym umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 82 ust. 1 i § 86 ust. 7;
   8) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 79 ust. 3;
   9) w AC, PAO, PAS, PWD, NNW, PAZ i PAOP – z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 84;
   10) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 81 ust. 1;
   11) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ, NNW Max, ZK i PAOP – z dniem doręczenia PZU oświadczenia o odstąpieniu przez

ubezpieczającego od umowy w systemie uproszczonym, umowy przez infolinię lub umowy direct w przypadku, o którym mowa w § 81 ust. 3;

12) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ i PAOP – z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności, z zastrzeżeniem pkt 2;
13) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ i PAOP – z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia PZU oświadczenia ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
14) w PAO, PAOP i PWD w wariancie Komfort, gdy umowa PWD była zawarta jednocześnie z umową OC dotyczącą tego samego pojazdu – z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu;
15) w PAOP i PWD w wariancie Komfort, gdy umowa PWD była zawarta jednocześnie z umową AC – z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie AC;
16) w PAZ – z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie NNW;
17) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ i PAOP – z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
18) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ i PAOP – z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów;
19) w AC, PAO, PWD, PAS, NNW, PAZ i PAOP – z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 83.

2. W ZK ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla wygaśnięcia ochrony w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu, z wyjątkiem przypadku upływu okresu, na który została zawarta umowa OC dotycząca tego samego pojazdu.

§ 81

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie, z zastrzeżeniem ust. 3. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia PZU nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowa direct, umowa przez infolinię oraz umowa w systemie uproszczonym), w której ubezpieczający jest konsumentem, termin, w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

§ 82

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę NNW, umowę PAZ i umowę NNW Max w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
2. Wypowiedzenie umowy NNW, umowy PAZ i umowy NNW Max nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 83

PZU ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy po jej zawarciu zostaną ujawnione istotne rozbieżności w stanie pojazdu lub danych pojazdu zgłaszanych przez ubezpieczającego we wniosku, lub zostanie stwierdzone, że właścicielem pojazdu lub osobą uprawnioną do korzystania z pojazdu, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a, jest osoba inna niż wskazana przez ubezpieczającego we wniosku.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY: AC, PAO, PAS, PWD, NNW, PAZ, PAOP

§ 84

1. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na jego nabywcę. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia wymaga zgody PZU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na dotychczasowego posiadacza będącego osobą, o której mowa w § 3 pkt 38 lit. a, nie wymaga zgody PZU.
3. W przypadku przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, zbywca lub nabywca pojazdu najpóźniej w dniu jego zbycia zobowiązany jest zawiadomić PZU o fakcie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, dostarczając do PZU dokument potwierdzający przeniesienie tych praw. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień zbycia pojazdu. PZU potwierdza przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu w formie pisemnej.
4. W przypadku zawarcia umowy PWD w wariancie Komfort jednocześnie z umową OC dotyczącą tego samego pojazdu nabywca pojazdu nabywa też prawa z umowy PWD w wariancie Komfort wraz z przejściem na niego praw i obowiązków z umowy OC. Przeniesienie praw z umowy PWD w innych przypadkach wymaga zgody PZU.
5. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki ubezpieczeniowej przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.
6. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.
7. Postanowień ust. 2–6 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku ubezpieczeniowego.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY ZK

§ 85

Przeniesienie praw z umowy ZK następuje na zasadach określonych przepisami prawa polskiego dla przeniesienia praw z umowy OC.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 86

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa za 12-miesięczny okres ubezpieczenia może być płatna jednorazowo albo w ratach.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia innym niż 12 miesięcy, może zostać rozłożona na raty, jeżeli umowa ubezpieczenia została potwierdzona dokumentem ubezpieczenia, który dotyczy przynajmniej jednej umowy ubezpieczenia z 12-miesięcznym okresem ubezpieczenia.
4. Terminy płatności rat składki ubezpieczeniowej ustala się w równych okresach liczonych od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia oraz określa się je w umowie ubezpieczenia. W przypadku umów ubezpieczenia potwierdzonych dokumentem ubezpieczenia obejmującym więcej niż jedną umowę ubezpieczenia, termin płatności rat składki ubezpieczeniowej ustala się od dnia zawarcia pierwszej z tych umów.
5. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym termin płatności składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty ustala się na dzień przypadający najpóźniej przed dniem rozpoczęcia wskazanego w tej umowie okresu ubezpieczenia.

6. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie bezgotówkowej, za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku PZU pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia. Gdy składka lub jej rata zapłacona jest kartą kredytową lub za pośrednictwem strony internetowej PZU, wówczas za dzień zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień autoryzacji płatności.
7. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
8. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał do wiadomości PZU nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki ubezpieczeniowej wynikającej z różnicy pomiędzy składką ubezpieczeniową, jaka należałaby się PZU gdyby podano dane prawdziwe a składką ubezpieczeniową przyjętą w umowie ubezpieczenia. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego roszczenie PZU o dopłatę różnicy składki ubezpieczeniowej staje się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu wypłaty odszkodowania. Postanowienie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie dotyczy ZK.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 87

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 88

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
   2) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
   3) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
   4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU pomocy dostarczając posiadane informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. Postanowień ust. 1 pkt 1 i pkt 4 oraz ust. 2 nie stosuje się do NNW, PAZ i NNW Max.

§ 89

1. W AC, poza obowiązkami wynikającymi z § 88, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
   1) w przypadku szkody polegającej na uszkodzeniu pojazdu lub bagażu:
      a) nie dokonywać w uszkodzonym pojeździe lub uszkodzonym bagażu żadnych zmian, jeżeli nie są one uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy i nie podejmować ich naprawy bez uprzedniego przeprowadzenia oględzin przez PZU, chyba że PZU nie przeprowadził ich w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, albo 14 dni, jeżeli niezbędne było powołanie biegłego (rzeczoznawcy),
      b) powiadomić PZU o szkodzie powstałej na terytorium RP niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 7 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
      c) powiadomić PZU o szkodzie powstałej za granicą RP, nie później niż w terminie 7 dni od dnia powrotnego przekroczenia granicy RP, a jeśli zaistniała konieczność korzystania z pomocy PZU przed powrotem do RP, powiadomienie PZU powinno nastąpić nie później niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
      d) przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować PZU o przeprowadzeniu tego badania,
      e) odnotować, w razie kolizji z innym pojazdem, dane dotyczące tego pojazdu, osoby kierującej tym pojazdem, a także numer dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres ubezpieczyciela, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia OC;
   2) w przypadku szkody kradzieżowej lub szkody powstałej w okolicznościach uzasadniających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo:
      a) powiadomić policję niezwłocznie po powzięciu informacji o którymkolwiek z tych zdarzeń,
      b) powiadomić PZU niezwłocznie po powzięciu informacji o którymkolwiek z tych zdarzeń, jednak nie później niż w najbliższym dniu roboczym, przy czym przez dzień roboczy rozumie się dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
   3) w przypadku kradzieży pojazdu:
      a) przekazać PZU:
         – kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu oraz kluczyki lub sterowniki służące do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd jest wyposażony, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 11,
         – dokumenty pojazdu, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 i pkt 3,
      b) okazać PZU umowę o świadczenie usługi monitoringu, poszukiwania i odzyskiwania pojazdu oraz dowodu zapłaty abonamentu za okres, w którym przypadał dzień, w którym dokonano kradzieży pojazdu, jeżeli w pojeździe zamontowane było zabezpieczenie przeciwkradzieżowe posiadające funkcję lokalizacji pojazdu, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 11,
      c) w przypadku wypłaty odszkodowania na żądanie PZU przenieść na jego rzecz własność pojazdu po jego wyrejestrowaniu; jeżeli pojazd zostanie odzyskany po wypłacie przez PZU odszkodowania, PZU w uzgodnieniu z ubezpieczonym może ponownie przenieść na niego własność pojazdu; jeżeli własność pojazdu nie została przeniesiona na PZU, wypłacone odszkodowanie podlega zwrotowi w całości, o ile pojazd nie został uszkodzony albo w odpowiedniej części, gdy nastąpiło uszkodzenie pojazdu, za które PZU jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania;
   4) w przypadku utraty bagażu przedstawić PZU dowody potwierdzające fakt utraty tego bagażu;
   5) powiadomić PZU o utracie: dokumentów pojazdu, kluczyka lub sterownika, służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd jest wyposażony, w terminie, o którym mowa w pkt 2 lit. b, i zabezpieczyć pojazd przed kradzieżą z należytą starannością, a w przypadku kradzieży oraz w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo – powiadomić policję w terminie, o którym mowa w pkt 2 lit. a;
   6) wymienić wkładki zamków oraz przekodować moduły zabezpieczeń przeciwkradzieżowych w przypadku utraty z jakiejkolwiek przyczyny: kluczyka lub sterownika służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, w które pojazd jest wyposażony;

7) przekazać PZU wyjmowany element lub panel sprzętu lub urządzenie multimedialnego w przypadku kradzieży sprzętu lub urządzenia multimedialnego z wyjmowanym elementem lub panelem, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 14.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a lub ust. 1 pkt 2 lit. a lub ust. 1 pkt 4–6, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b lub lit. c lub ust. 1 pkt 2 lit. b, PZU może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli PZU w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

4. W celu skorzystania ze świadczeń opcji Auto Non Stop, o których mowa w § 9 ust. 2 pkt 1, ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić telefonicznie PZU o zamiarze skorzystania z tych świadczeń przed podjęciem działań we własnym zakresie i nie później niż z chwilą powiadomienia PZU o szkodzie; numer telefonu PZU zamieszczony jest w umowie ubezpieczenia.

5. W razie niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 4, z przyczyn określonych w § 12 ust. 3 pkt 1 lub pkt 2, koszty świadczeń przewidzianych w opcji Auto Non Stop zwracane są do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, jeżeli:
1) dotyczą holowania z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego do warsztatu ANS; w przypadku holowania pojazdu w inne miejsce zastosowanie mają ograniczenia zwrotu kosztów, o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz
2) zostaną udokumentowane rachunkami lub fakturami VAT i dowodami ich zapłaty.

§ 90

1. W PAO, poza obowiązkami wynikającymi z § 88, ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest ponadto:
1) nie dokonywać w uszkodzonym pojeździe lub uszkodzonym bagażu żadnych zmian, jeżeli nie są one uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy i nie podejmować ich naprawy bez uprzedniego przeprowadzenia oględzin pojazdu przez PZU, chyba że PZU nie przeprowadził ich w terminie 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie;
2) powiadomić PZU o szkodzie powstałej na terytorium RP niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 7 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
3) przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować PZU o przeprowadzeniu tego badania;
4) okazać PZU posiadane dokumenty wskazujące sprawcę wypadku ubezpieczeniowego, w szczególności: oświadczenie sprawcy tego wypadku lub uczestników tego wypadku lub jego świadków, notatkę sporządzoną przez funkcjonariusza policji – w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 22.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub pkt 4, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 2, PZU może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli PZU w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 91

1. W PWD, poza obowiązkami wynikającymi z § 88, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
1) przed podjęciem działań we własnym zakresie – niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, zawiadomić o nim telefonicznie PZU;
2) podać PZU następujące informacje:
   a) imię, nazwisko i miejsce zamieszkania ubezpieczonego wymagającego pomocy i ewentualnie kierowcy innego pojazdu,
   b) markę, model i numer rejestracyjny pojazdu oraz ewentualnie inne dane niezbędne do identyfikacji tego pojazdu na miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego i zapewnienia właściwej pomocy,
   c) dokładne miejsce zajścia wypadku ubezpieczeniowego i numer telefonu, pod którym można kontaktować się z osobą zawiadamiającą o wypadku ubezpieczeniowym,
   d) opis wypadku ubezpieczeniowego;
3) umożliwić PZU weryfikację stanu pojazdu oraz monitorowanie czasu naprawy w warsztacie lub czasu odzyskania pojazdu po kradzieży, w celu ustalenia okresu wynajmu pojazdu, o którym mowa w § 32 pkt 4 i § 33 ust. 2 pkt 2 lit. d;
4) w przypadku kradzieży pojazdu okazać PZU dokument potwierdzający zgłoszenie tej kradzieży policji.

2. W przypadku gdy ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów usług assistance na podstawie § 36 ust. 7, zwrot kosztów następuje na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu odpowiedzialności ustalonego w OWU dla danej usługi assistance, a jeżeli limit ten nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tej usługi obowiązującej na terenie miejscowości, w której usługa ta została wykonana.

3. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zgłasza potrzebę przewozu, o którym mowa w § 32 pkt 19 lit. b lub lit. c lub § 34 pkt 2, zobowiązany jest podać PZU nazwę, adres i numer telefonu szpitala, w którym przebywa ubezpieczony, jeśli przewóz odbywa się pomiędzy szpitalami.

§ 92

W PAS, poza obowiązkami wynikającymi z § 88, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
1) przed podjęciem działań we własnym zakresie – niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, zawiadomić o nim telefonicznie PZU;
2) podać PZU następujące informacje:
   a) markę, model i numer rejestracyjny pojazdu oraz ewentualnie inne dane niezbędne do identyfikacji tego pojazdu,
   b) numer telefonu, pod którym można kontaktować się z osobą zawiadamiającą o wypadku ubezpieczeniowym,
   c) opis wypadku ubezpieczeniowego;
3) nie podejmować naprawy lub wymiany szyby w pojeździe we własnym zakresie, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4 zdanie drugie i § 43 ust. 4;
4) przedstawić na żądanie PZU zdjęcia uszkodzonej szyby – w przypadkach, o których mowa w § 6 ust. 4 zdanie drugie i § 43 ust. 4;
5) przedstawić PZU dowody poniesienia kosztów w przypadkach, o których mowa w § 6 ust. 4 zdanie drugie, § 39 i § 43 ust. 4;
6) przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować PZU o przeprowadzeniu tego badania.

§ 93

1. W NNW i NNW Max, poza obowiązkami wynikającymi z § 88 ust. 1 pkt 2 i 3, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
1) starać się o złagodzenie skutków wypadku ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
2) powiadomić policję niezwłocznie w razie odniesienia obrażeń wskutek wypadku ubezpieczeniowego, o ile stan zdrowia ubezpieczonego na to pozwala;
3) dostarczyć PZU posiadane dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: doku-

mentację medyczną, rachunki i dowody ich zapłaty, a także – jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas zajścia wypadku ubezpieczeniowego – dokument uprawniający do kierowania pojazdem oraz dowód rejestracyjny pojazdu;
4) umożliwić PZU zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po zajściu wypadku ubezpieczeniowego;
5) poddać się badaniom, o których mowa w § 49 ust. 11 zdanie pierwsze.

2. W NNW Max, w przypadku wystąpienia przez ubezpieczonego z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, PZU decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji lub wyników badań, o których mowa w ust. 1, oraz orzeczenia lekarskiego podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy.

3. W razie śmierci ubezpieczonego uposażony zobowiązany jest przedłożyć PZU do wglądu odpis aktu zgonu oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu, jeśli jest uprawnionym do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 97 ust. 2 pkt 2, zobowiązana jest przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa z ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci.

4. PZU zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

§ 94

1. W PAZ, poza obowiązkami wynikającymi z § 88 ust. 1 pkt 2 i 3, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
1) starać się o złagodzenie skutków wypadku ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
2) powiadomić policję niezwłocznie w razie odniesienia obrażeń wskutek wypadku ubezpieczeniowego, o ile stan zdrowia ubezpieczonego na to pozwala;
3) powiadomić PZU o wypadku ubezpieczeniowym, nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
4) dostarczyć PZU posiadane dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: dokumentację medyczną, rachunki i dowody ich zapłaty, a także – jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas zajścia wypadku ubezpieczeniowego – dokument uprawniający do kierowania pojazdem oraz dowód rejestracyjny pojazdu;
5) umożliwić PZU zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po zajściu wypadku ubezpieczeniowego;
6) wyrazić zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawcę oraz dalsze ich przekazanie do własnych lub współpracujących placówek medycznych.

2. PZU zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

§ 95

1. W ZK, poza obowiązkami wynikającymi z § 88:
1) kierowca jest zobowiązany ponadto:
   a) przedsięwziąć środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego, starać się o złagodzenie jego skutków oraz zapewnić pomoc lekarską poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczyć mienie poszkodowanych,
   b) udzielić poszkodowanym niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji ubezpieczyciela, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ZK,
   c) w razie zderzenia z innym pojazdem ustalić w miarę możliwości nazwę ubezpieczyciela, z którym posiadacz tego pojazdu zawarł umowę ubezpieczenia OC,
   d) powiadomić policję, o ile doszło do wypadku ubezpieczeniowego z ofiarami w ludziach lub o wypadku ubezpieczeniowym, który zaszedł w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
2) posiadacz pojazdu lub kierowca jest zobowiązany ponadto:
   a) w razie wystąpienia z roszczeniem bezpośrednio do ubezpieczającego, posiadacza pojazdu lub kierowcy, powiadomić o tym fakcie PZU nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia roszczenia oraz dostarczyć dokumenty dotyczące okoliczności wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody,
   b) nie podejmować w imieniu PZU zobowiązań w stosunku do osób zgłaszających roszczenie, ani też nie składać w imieniu PZU oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę,
   c) niezwłocznie powiadomić PZU, jeżeli poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową przeciwko ubezpieczającemu, posiadaczowi pojazdu lub kierowcy oraz na żądanie PZU udzielić pełnomocnictwa procesowego osobie wskazanej przez PZU,
   d) niezwłocznie powiadomić PZU, jeżeli przeciwko ubezpieczającemu, posiadaczowi pojazdu lub kierowcy zostało wszczęte postępowanie karne, karnoadministracyjne lub inne o podobnym charakterze.

2. Kierowca zobowiązany jest posiadać dokumenty wymienione w § 76 ust. 8 i okazywać je na żądanie organów kontrolnych.

§ 96

1. W PAOP, poza obowiązkami wynikającymi z § 88, ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest ponadto:
1) niezwłocznie poinformować PZU na numer infolinii wskazany w dokumencie ubezpieczenia o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym, jego okolicznościach oraz przekazać wszelkie informacje, dokumenty, korespondencję, dowody z nim związane, potrzebne do ustalenia rodzaju i rozmiaru świadczenia oraz umożliwić przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego;
2) postępować zgodnie ze wskazówkami PZU udzielonymi na podstawie przekazanych przez ubezpieczającego: opisu stanu prawnego i faktycznego oraz dokumentów, stosownie do pkt 1;
3) poinformować PZU o dokonanym wyborze adwokata lub radcy prawnego albo o woli skorzystania z pomocy adwokata lub radcy prawnego niezobowiązująco poleconego przez PZU, zgodnie z § 74 ust. 2;
4) podjąć aktywną współpracę z PZU w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności wypadku ubezpieczeniowego i przyczyn powstania roszczeń lub szkody oraz ustalenie jej rozmiaru, w tym udzielić wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy na żądanie PZU;
5) na uzasadnione żądanie PZU przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego, przeprowadzić postępowanie przedsądowe zmierzające do korzystnego dla ubezpieczonego zakończenia sprawy;
6) wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia toczącego się już innego postępowania związanego z powyższymi roszczeniami, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczeń ubezpieczonego;
7) na uzasadnione żądanie PZU złożyć tylko zawezwanie do próby ugodowej albo powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do uprawomocnienia się orzeczenia co do części roszczenia;
8) nie zawierać ugody bez uzyskania uprzedniej pisemnej akceptacji PZU na zawarcie ugody oraz jej warunki, przy czym warunki ugody nie mogą nakładać na ubezpieczonego obowiązku pokrywania kosztów wyższych niż wynikałoby to z orzeczenia sądu w takim zakresie.

2. Jeżeli ubezpieczony nie skontaktował się z PZU w sposób określony w ust. 1 i pokrył koszty we własnym zakresie, PZU zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów do wysokości faktycznie poniesionych, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia i limitu odpowiedzialności, o których mowa w § 71. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczo-

nego dowodów, o których mowa w § 73 ust. 1, wraz z informacjami i dokumentami niezbędnymi do ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

§ 97

1. Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów, lub świadczenie z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w odniesieniu do małoletnich – przedstawicielowi ustawowemu, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W NNW i NNW Max:
1) koszty, o których mowa w § 45 ust. 1 pkt 8 wypłaca się osobie, która je poniosła;
2) świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu, a w razie braku uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
   a) małżonkowi,
   b) dzieciom w częściach równych; w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego udział jaki by przypadał temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych,
   c) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców,
   d) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadających im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego; wypłata świadczenia osobie lub osobom należącym do wyższej kategorii wyklucza wypłatę świadczenia osobie lub osobom należącym do niższej kategorii (kategorię najwyższą stanowi pkt 1);
3) ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego;
4) w razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego PZU zwraca, w granicach sumy ubezpieczenia, udokumentowane koszty pogrzebu osobie, która je poniosła, przy czym koszty te zwracane są tylko wówczas, gdy nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 98

1. Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów, lub świadczenie z umowy ubezpieczenia płatne jest w złotych polskich, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W ZK odszkodowanie wypłaca się w walucie obowiązującej w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 61 ust. 3.

3. Jeżeli w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP, zostały poniesione koszty w walucie obcej, zwrot tych kosztów następuje w RP w złotych polskich przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu ustalenia kwoty podlegającej zwrotowi, na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT wraz z dowodami ich zapłaty.

OBOWIĄZKI PZU

§ 99

1. PZU dokonuje wypłaty odszkodowania, w tym zwrotu kosztów, lub świadczenia w terminie 30 dni, a w PAO w terminie 15 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia, okazało się niemożliwe, wypłata odszkodowania, w tym zwrot kosztów, lub wypłata świadczenia następuje w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia PZU wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. PZU jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, w tym nie zwróci kosztów, lub nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia;
3) jeżeli odszkodowanie, w tym zwrot kosztów, lub świadczenie, nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania, w tym zwrotu kosztów, lub świadczenia, oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, lub świadczenia;
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

4. W ZK postanowienia ust. 1–3 stosuje się w przypadku, o którym mowa w § 61 ust. 3.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 100

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w AC i PAO z dniem wypłaty przez PZU odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na PZU do wysokości wypłaconego odszkodowania lub zwróconych kosztów. Jeżeli PZU pokrył tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami PZU.
2. Nie przechodzą na PZU roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub osobom uprawnionym do korzystania z pojazdu na podstawie umowy użyczenia.
3. Jeżeli ubezpieczony zrzekł się roszczenia do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, PZU może odmówić wypłaty odszkodowania lub zwrotu kosztów lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie przez PZU odszkodowania lub zwrocie kosztów, wówczas PZU przysługuje prawo dochodzenia od ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania lub poniesionych kosztów.
4. Postanowienia ust. 1–3 stosuje się odpowiednio w PAOP oraz w przypadku wykonania usługi assistance objętej PWD lub PAS.

§ 101

1. W ZK, PZU przysługuje prawo dochodzenia od kierowcy zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeżeli kierowca:
   1) wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
   3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;
   4) zbiegł z miejsca wypadku ubezpieczeniowego.
2. W ZK w razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków dotyczących powiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym lub zgłoszeniu roszczeń odszkodowawczych przez poszkodowanego, PZU może dochodzić od kierowcy lub posiadacza pojazdu zwrotu części wypłaconego odszkodowania, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 102

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy direct oraz umowy w systemie uproszczonym, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.
13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach z konsumentem jest język polski.
14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 103

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku roszczeń wynikających z umowy PAOP, PZU i ubezpieczony mogą zawrzeć umowę o poddaniu sporu pomiędzy nimi pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PZU AUTO KORPORACYJNE AC

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/270/2013
z dnia 9 października 2013 r.,
ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/430/2015
z dnia 23 grudnia 2015 r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	OWU: § 1 ust. 4, § 2–9, § 11 ust. 6–8 i ust. 14, § 12–17, § 21–29, § 31. Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia PZU AUTO KORPORACYJNE AC: Klauzula niezmienności wartości pojazdu (opcja Auto wartość 100%).
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 1 ust. 4, § 2–10, § 11 ust. 5–9 i ust. 14, § 12–17, § 21–29, § 31. Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia PZU AUTO KORPORACYJNE AC: Klauzula niezmienności wartości pojazdu (opcja Auto wartość 100%).

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia PZU AUTO KORPORACYJNE AC (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU") z:
   1) osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą;
   2) osobami prawnymi;
   3) jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, posiadającymi małą albo dużą flotę pojazdów wykorzystywanych do prowadzenia działalności gospodarczej, mogących stanowić przedmiot ubezpieczenia w rozumieniu OWU.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
3. PZU zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Postanowienia tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
4. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 2

Przez pojęcia użyte w OWU rozumie się:

1) **awaria pojazdu** – wynikające z przyczyny wewnętrznej, nagłe i niespodziewane:
   a) zatrzymanie funkcjonowania elementu mechanicznego, elektronicznego, elektrycznego, pneumatycznego lub hydraulicznego pojazdu lub
   b) zatrzymanie funkcjonowania lub uszkodzenie elementów połączonych lub współpracujących z elementem, który uległ awarii;
2) **części oryginalne serwisowe** – części zamienne produkowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdu danej marki, rekomendowane przez producenta tego pojazdu i dystrybuowane w autoryzowanych przez producenta pojazdu punktach sprzedaży;
3) **części oryginalne** – części zamienne produkowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi ustalonymi przez producenta pojazdu danej marki, których producent zaświadcza, że zostały wyprodukowane zgodnie ze specyfikacjami i standardami produkcyjnymi producenta tego pojazdu i są tej samej jakości co części stosowane do montażu pojazdu przez jego producenta, dostępne w ofercie dostawców niezależnych od producenta pojazdu;
4) **części porównywalnej jakości** – części zamienne, których producent zaświadcza, że są tej samej jakości co części stosowane do montażu pojazdu danej marki przez jego producenta;
5) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
6) **dokumenty pojazdu** – dowód rejestracyjny i karta pojazdu, jeżeli została wydana dla pojazdu;
7) **duża flota** – więcej niż 40 pojazdów, wykorzystywanych do prowadzenia działalności gospodarczej, posiadanych przez przedsiębiorcę będącego:
   a) osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo
   b) osobą prawną albo
   przez jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną;
8) **inny pojazd** – pojazd nie objęty umową ubezpieczenia;
9) **kierowca** – kierujący pojazdem;
10) **kradzież** – zabranie mienia w celu jego przywłaszczenia przez osobę niebędącą osobą uprawnioną do korzystania z tego mienia;
11) **mała flota** – nie więcej niż 40 pojazdów, wykorzystywanych do prowadzenia działalności gospodarczej, posiadanych przez przedsiębiorcę będącego:
   a) osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo
   b) osobą prawną albo przez jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną;
12) **maszyna budowlana** – maszyna lub zespoły maszyn stanowiące całość pod względem technologicznym i funkcjonalnym posiadające własny napęd i obsługiwane przez operatora, których konstrukcja i przeznaczenie umożliwia prowadzenie prac, zgodnie z przyjętą do ich realizacji technologią, dopuszczone do ruchu po drogach zgodnie z przepisami ustawy Prawo o ruchu drogowym;
13) **odszkodowanie** – świadczenie pieniężne przysługujące od PZU Ubezpieczonemu lub innej osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, ustalone według zasad określonych w OWU i umowie ubezpieczenia;
14) **okres eksploatacji pojazdu** – okres liczony od daty pierwszej rejestracji pojazdu dokonanej w roku jego produkcji do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, a jeżeli:
   a) pierwsza rejestracja nastąpiła w innym roku niż rok produkcji pojazdu, okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 grudnia roku produkcji pojazdu,
   b) nie jest znana data pierwszej rejestracji pojazdu, okres eksploatacji liczony jest od dnia 31 maja roku produkcji pojazdu;
   dla celów ustalenia wysokości odszkodowania okres eksploatacji pojazdu liczony jest do dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
15) **osoba uprawniona do korzystania z pojazdu:**
   a) korzystający z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorca, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania albo najemca lub dzierżawca pojazdu w ramach umowy zawartej z firmą zarządzającą flotami samochodowymi (CFM) lub firmą leasingową w zakresie wynajmu długoterminowego lub dzierżawy długoterminowej albo
   b) inna niż określona w lit. a osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą właściciela, w szczególności na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu, w ramach stosunku pracy albo
   c) osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w lit. a albo lit. b, albo
   d) osoba, której osoba określona w lit. a, lit. b albo lit. c, zezwoliła grzecznościowo na jednorazowe, krótkotrwałe skorzystanie z pojazdu;
16) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 3;
17) **pomieszczenie zamknięte** – pomieszczenie zamknięte na co najmniej jeden atestowany zamek wielozastawkowy lub jedną atestowaną kłódkę wielozastawkową lub pomieszczenie zamknięte z wykorzystaniem atestowanego systemu zamykania elektromechanicznego, nie przeznaczone do przechowywania pojazdów stanowiących własność różnych właścicieli;
18) **praca pojazdu niepodlegającego rejestracji** – używanie pojazdu niepodlegającego rejestracji, w tym maszyny budowlanej, lecz dopuszczonego do ruchu na podstawie przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym (w szczególności do prowadzenia prac budowlanych, montażowych, leśnych lub rolniczych) lub ruch takiego pojazdu poza drogą rozumianą zgodnie z art. 2 pkt 1 ustawy Prawo o ruchu drogowym; za pracę pojazdu niepodlegającego rejestracji uważa się również czynności:
   a) wykonywane stale lub tymczasowo,
   b) przygotowawcze lub pomocnicze,
   c) wykonywane przy wykorzystaniu pojazdu lub pojazdu wraz z zamontowaną na nim maszyną lub zespołem maszyn;
19) **przywłaszczenie pojazdu** – bezprawne włączenie pojazdu do swojego majątku lub wykonywanie wobec niego w inny sposób uprawnień właściciela przez osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, w szczególności odmowa zwrotu pojazdu na wezwanie jego właściciela w związku z rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy uprawniającej do korzystania z pojazdu;
20) **RP** – Rzeczypospolita Polska;
21) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
22) **Sieć Naprawcza PZU** – grupa wyselekcjonowanych warsztatów naprawczych (autoryzowanych, jak również niezależnych) współpracujących z PZU, w tym grupa warsztatów realizujących świadczenia w ramach opcji PZU Auto Non Stop, o której mowa w § 7 pkt 1; wykaz warsztatów Sieci Naprawczej PZU jest dostępny na stronie internetowej www.pzu.pl oraz w jednostkach organizacyjnych PZU;

23) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
24) **stała wartość pojazdu** – wartość pojazdu ustalona według zasad określonych w pkt 33–35 w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
25) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia;
26) **szkoda całkowita** – uszkodzenie pojazdu w takim zakresie, że koszty jego naprawy ustalone według zasad określonych w § 23 ust. 1 pkt 1 przekraczają 70% wartości pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania;
27) **szkoda częściowa** – szkoda inna niż szkoda całkowita, kradzieżowa lub eksploatacyjna;
28) **szkoda eksploatacyjna** – szkoda powstała w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia, a także szkoda, do naprawienia której zobowiązany jest określony podmiot w ramach gwarancji lub rękojmi za wady pojazdu, jego części lub wyposażenia albo za wady naprawy pojazdu, jego części lub wyposażenia;
29) **szkoda kradzieżowa** – kradzież pojazdu, jego części lub wyposażenia, lub uszkodzenie pojazdu w następstwie jego zabrania w celu krótkotrwałego użycia, kradzieży pojazdu, jego części lub wyposażenia;
30) **Ubezpieczający** – osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
31) **Ubezpieczony** – osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia (właściciel pojazdu);
32) **udział własny** – określona w umowie ubezpieczenia lub w OWU, wyrażona procentowo w stosunku do sumy ubezpieczenia albo procentowo lub kwotowo w stosunku do odszkodowania kwota pomniejszająca odszkodowanie, stanowiąca ryzyko własne Ubezpieczonego; w przypadku udziału własnego wyrażonego w stosunku do odszkodowania podstawę obliczenia kwoty udziału własnego stanowi kwota odszkodowania przed pomniejszeniem jej o udział własny; w przypadku zbiegu udziałów własnych z różnych tytułów odszkodowanie pomniejsza się o każdy udział własny zaczynając od największego, przy czym kwota odszkodowania pomniejszona o pierwszy udział własny stanowi podstawę do obliczenia kwoty kolejnego udziału własnego i zasadę tę stosuje się odpowiednio do każdego następnego udziału własnego;
33) **wartość pojazdu** – wartość pojazdu ustalana na podstawie aktualnych na dzień ustalenia tej wartości notowań rynkowych cen pojazdu danej marki, modelu i typu, z uwzględnieniem: jego pochodzenia, roku produkcji, daty pierwszej rejestracji, wyposażenia, przebiegu, stanu technicznego i charakteru eksploatacji; notowania rynkowe stanowiące podstawę ustalenia wartości pojazdu zawarte są w katalogu wymienionym w umowie ubezpieczenia; w przypadku braku notowań rynkowych danego pojazdu wartość pojazdu ustala się metodą wyceny indywidualnej; w przypadku pojazdu fabrycznie nowego, którego nabycie jest potwierdzone fakturą VAT:
    a) w okresie 6 miesięcy od dnia wystawienia faktury VAT określa się na podstawie tej faktury VAT, o ile nie jest ona niższa od wartości pojazdu wynikającej z notowań rynkowych,
    b) jeśli wartość pojazdu określona w fakturze VAT jest niższa od wartości wynikającej z notowań rynkowych, wartość pojazdu ustala się na podstawie notowań rynkowych,
    c) wartość pojazdu ustalona na podstawie faktury VAT nie ulega zmianie dla celów umowy ubezpieczenia w okresie 6 miesięcy od dnia wystawienia tej faktury VAT;
34) **wartość pojazdu brutto** – wartość pojazdu uwzględniającą naliczony przy jego nabyciu podatek VAT obliczony według stawki obowiązującej dla tego rodzaju pojazdów;
35) **wartość pojazdu netto** – wartość pojazdu bez uwzględnienia naliczonego podatku VAT obliczonego według stawki obowiązującej dla tego rodzaju pojazdów;
36) **włamanie** – pokonanie zabezpieczenia pojazdu przewidzianego w jego konstrukcji lub zabezpieczenia przeciwkradzieżowego, w celu dostania się do wnętrza pojazdu przez osobę niebędącą Ubezpieczonym albo osobą uprawnioną do korzystania z pojazdu, bez zaboru pojazdu w celu krótkotrwałego użycia, kradzieży pojazdu, jego części lub wyposażenia;
37) **wniosek** – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający podaje wszystkie znane sobie okoliczności i informacje w odpowiedzi na zapytania PZU, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia;
38) **wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie niezależne od woli Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu powodujące szkody objęte zakresem ubezpieczenia określonym w OWU i umowie ubezpieczenia;
39) **wyposażenie pojazdu:** sprzęt i urządzenia, zamontowane w pojeździe, służące do utrzymania i używania pojazdu zgodnie z jego przeznaczeniem, a także służące bezpieczeństwu jazdy oraz zabezpieczeniu pojazdu przed kradzieżą oraz stanowiące sprzęt i urządzenia multimedialne, będące własnością ubezpieczonego; za wyposażenie pojazdu uważa się sprzęt i urządzenia stanowiące wyposażenie standardowe pojazdu oraz sprzęt i urządzenia inne niż stanowiące wyposażenie standardowe pojazdu, o ile zostało wymienione w umowie ubezpieczenia i uwzględnione w wartości pojazdu;
40) **zabezpieczenie przeciwkradzieżowe** – urządzenie lub system, trwale zamontowany w pojeździe, zabezpieczające pojazd przed kradzieżą, wymagane przez PZU dla objęcia ochroną ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności za szkody kradzieżowe i wymienione w umowie ubezpieczenia; za zabezpieczenie przeciwkradzieżowe uznawane są:
    a) urządzenie (system) zamontowane w procesie produkcji pojazdu z wyłączeniem fabrycznej blokady kierownicy i systemu centralnego zamykania,
    b) homologowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, urządzenie (system) zamontowane poza procesem produkcji pojazdu, o ile w odniesieniu do tego urządzenia (systemu) wymagane jest uzyskanie homologacji,
    c) system specjalny – trwale zamontowane w pojeździe w procesie produkcji pojazdu lub homologowane urządzenie (system) trwale zamontowane w pojeździe poza procesem produkcji pojazdu, posiadające funkcję lokalizacji pojazdu o zasięgu działania nie mniejszym niż obejmujący terytorium RP lub innych państw Europy objętych zakresem terytorialnym umowy ubezpieczenia; warunkiem uznania urządzenia (systemu) za system specjalny jest zawarcie z podmiotem świadczącym usługi ochrony mienia (pojazdów) umowy zapewniającej monitoring pojazdu, jego poszukiwanie i odzyskiwanie na terytorium RP i innych państw Europy;

    zabezpieczenie przeciwkradzieżowe powinno zostać zamontowane w pojeździe przez producenta pojazdu lub podmiot profesjonalnie trudniący się montażem urządzeń zabezpieczających pojazdy przed kradzieżą oraz fakt zamontowania powinien być potwierdzony przez ten podmiot pisemnym zaświadczeniem; obowiązek ten nie dotyczy zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, o których mowa w lit. a.

ROZDZIAŁ II
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, przedmiotem ubezpieczenia są pojazdy wraz z wyposażeniem określonym w umowie ubezpieczenia:
    1) zarejestrowane w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym;
    2) niezarejestrowane lecz podlegające rejestracji w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym, w przypadku gdy Ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w RP;
    3) pojazdy nie wymienione w pkt 1 i 2 napędzane umieszczonym w nich silnikiem, zasilanym z własnego źródła energii;
    4) trolejbusy;
    5) tramwaje.
2. Przedmiotem ubezpieczenia nie mogą być:
    1) samochody osobowe, ciężarowe w nadwoziu osobowego bez względu na ładowność lub ciężarowe w nadwoziu ciężarowego o ładowności do 750 kg, wykorzystywane jako taksówki osobowe lub do zarobkowego przewozu osób;
    2) pojazdy wynajmowane zarobkowo w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów;
    3) pojazdy udostępniane jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu;

4) samochody osobowe, ciężarowe w nadwoziu osobowego bez względu na ładowność, ciężarowe w nadwoziu ciężarowego o ładowności do 750 kg lub ciężarowe o ładowności do 2 ton wykorzystywane do przewozu przesyłek kurierskich;
5) pojazdy wykorzystywane do jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia;
6) pojazdy wykorzystywane do nauki jazdy,

chyba że zostaną ubezpieczone jako pojazdy o wskazanym powyżej przeznaczeniu za zapłatą podwyższonej składki ubezpieczeniowej.

3. W porozumieniu z Ubezpieczającym oraz po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka, ubezpieczeniem mogą być objęte pojazdy inne niż wymienione w ust. 1 i 2.

ROZDZIAŁ III

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie pojazdu, jego części lub wyposażenia wskutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z zastosowaniem rozszerzonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 i 7, lub zmniejszonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 8.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w umowie ubezpieczenia ma zastosowanie udział własny w szkodach:
1) kradzieżowych zaistniałych na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy lub Mołdawii;
2) w pojazdach, o których mowa w § 3 ust. 2

– w wysokości 10% odszkodowania.

4. Z zastrzeżeniem § 10, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, do umowy ubezpieczenia możliwe jest włączenie Klauzuli niezmienności wartości pojazdu (Opcja Auto Wartość 100%), w brzmieniu określonym w załączniku do OWU.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 5

1. W zakresie przyjętym w umowie ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły na terytorium RP i innych państw Europy oraz Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, zakresem ubezpieczenia nie są objęte szkody kradzieżowe powstałe na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii.

ROZSZERZENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10, może obejmować szkody powstałe w okresie wykorzystania pojazdu jako rekwizytu lub pojazdu demonstracyjnego.
2. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10, może obejmować szkody kradzieżowe powstałe na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii.

§ 7

Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowo:
1) w przypadku umów ubezpieczenia, w których przedmiotem ubezpieczenia są samochody osobowe lub ciężarowe w nadwoziu osobowego, z wyłączeniem samochodów stanowiących przedmiot wynajmu lub zarządzania – opcję PZU Auto Non Stop tj. pakiet świadczeń przysługujących w przypadku powstania szkody objętej zakresem ubezpieczenia, obejmujący:
a) organizację oraz pokrycie przez PZU kosztów odbioru pojazdu od Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu oraz dostarczenia tego pojazdu do wybranego przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego warsztatu Sieci Naprawczej PZU współpracującego z PZU w zakresie opcji PZU Auto Non Stop,
b) organizację przez PZU naprawy pojazdu w warsztacie, o którym mowa w lit. a,
c) organizację oraz pokrycie przez PZU kosztów wynajmu pojazdu zastępczego na czas naprawy ubezpieczonego pojazdu w warsztacie, o którym mowa lit. a, z zastrzeżeniem § 10 ust. 4; PZU podstawia pojazd zastępczy do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu oraz odbiera pojazd zastępczy z warsztatu, o którym mowa w lit. a, w którym naprawiany był ubezpieczony pojazd, po jego naprawie;
jeżeli po podstawieniu przez PZU pojazdu zastępczego, z jakiegokolwiek powodu ubezpieczony pojazd nie będzie naprawiany (np. Ubezpieczony zrezygnuje z naprawy lub ma miejsce szkoda całkowita), PZU pokrywa koszty wynajmu pojazdu zastępczego za okres od dnia podstawienia przez PZU pojazdu zastępczego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu, przy czym jeżeli do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu, pojazd ten nie zostanie dostarczony do warsztatu Sieci Naprawczej PZU współpracującego z PZU w zakresie opcji PZU Auto Non Stop, Ubezpieczony lub Ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu we własnym zakresie zwraca pojazd zastępczy do wypożyczalni; Ubezpieczony pokrywa koszt wynajmu pojazdu zastępczego od dnia upływu powyższego terminu;
PZU zapewnia pojazd zastępczy klasyfikowany w tym samym segmencie rynkowym co ubezpieczony pojazd, jednak nie wyższym niż C, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd ubezpieczony; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy Ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez Ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej;

świadczenia objęte opcją PZU Auto Non Stop, realizowane są wyłącznie na terytorium RP; koszty tych świadczeń nie pomniejszają sumy ubezpieczenia;

2) w przypadku umów ubezpieczenia, w których przedmiotem ubezpieczenia są samochody osobowe lub ciężarowe w nadwoziu osobowego oraz pojazdy inne niż samochody osobowe lub ciężarowe w nadwoziu osobowego – następujące opcje świadczeń przysługujących w przypadku powstania szkody objętej zakresem ubezpieczenia:
a) opcję dodatkowego holowania pojazdu obejmującą zwrot udokumentowanych kosztów holowania pojazdu z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego ponad limit określony w § 9 ust. 2,
b) opcję pojazdu zastępczego obejmującą zwrot udokumentowanych kosztów korzystania z pojazdu zastępczego o zbliżonych parametrach technicznych do ubezpieczonego pojazdu za okres nie wcześniej niż od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego do dnia dokonania naprawy ubezpieczonego pojazdu, przy czym nie dłuższy niż uzasadniony technologicznie okres wykonywania naprawy pojazdu na terytorium RP, a jeżeli z jakiegokolwiek powodu ubezpieczony pojazd nie będzie naprawiany (np. Ubezpieczony zrezygnuje z naprawy lub ma miejsce szkoda całkowita), PZU pokrywa udokumentowane koszty wynajmu pojazdu zastępczego w okresie do upływu 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy ubezpieczonego pojazdu;

PZU zwraca koszty, o których mowa w lit. a oraz lit. b, do wysokości dodatkowego limitu odpowiedzialności określonego w umowie ubezpieczenia, odrębnie dla każdej z tych opcji, przy czym limit ten ulega pomniejszeniu o kwotę każdorazowego zwrotu tych kosztów.

ZMNIEJSZENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 8

Za odpowiednio obniżoną składkę ubezpieczeniową umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10, może zostać zawarta:

1) z zastosowaniem udziału własnego w każdej szkodzie w wysokości 10% albo 20% odszkodowania albo sumy ubezpieczenia albo w innej wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
2) z wyłączeniem odpowiedzialności PZU za szkody o wartości nie przekraczającej 5% albo 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia (franszyza integralna) pod warunkiem, że ustalone w ten sposób wyłączenie odpowiedzialności przewyższy wyłączenie odpowiedzialności, o którym mowa w § 10 ust. 1 pkt 1;
3) z wyłączeniem odpowiedzialności PZU za szkody o wartości przekraczającej wyłączenie odpowiedzialności, o którym mowa w § 10 ust. 1 pkt 1;
4) w wariancie „Wycena" – z zastosowaniem rozliczenia kosztów naprawy pojazdu według wyceny dokonanej przez PZU, o którym mowa w § 24 ust. 8;
5) z ograniczeniem odpowiedzialności PZU do szkód powstałych wyłącznie na terytorium RP;
6) z zastosowaniem pomniejszania sumy ubezpieczenia o każde wypłacone odszkodowanie (redukcja sumy ubezpieczenia);
7) z wyłączeniem odpowiedzialności za szkody kradzieżowe.

KOSZTY DODATKOWE

§ 9

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, PZU zwraca w granicach sumy ubezpieczenia uzasadnione okolicznościami danego wypadku ubezpieczeniowego koszty:
   1) parkowania uszkodzonego pojazdu w okresie nie dłuższym niż do 3 dni po dokonaniu oględzin i sporządzeniu powypadkowej kalkulacji kosztów naprawy pojazdu lub po przekazaniu przez PZU zgody na holowanie pojazdu do RP w przypadku, o którym mowa w § 25 ust. 4;
   2) holowania lub transportu uszkodzonego pojazdu z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego pod warunkiem, że usługi te nie mogły być świadczone w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego ubezpieczenia PZU Auto Pomoc, a jeżeli koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia PZU Auto Pomoc w części, PZU zwraca pozostałe koszty, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Kwota zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 1, nie może przekroczyć 10% sumy ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej. Postanowienia tego nie stosuje się, jeżeli koszty te zostały poniesione w okolicznościach, o których mowa w ust. 3, oraz do umów ubezpieczenia zawartych z którąkolwiek z opcji świadczeń, o których mowa w § 7.

3. PZU zobowiązany jest zwrócić w granicach sumy ubezpieczenia koszty:
   1) wynikłe z zastosowania, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, środków podjętych w celu ratowania ubezpieczonego pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
   2) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 27 ust. 1 pkt 1 lit. d.

4. PZU zwraca koszty, o których mowa w ust. 1, do wysokości faktycznie poniesionych, maksymalnie jednak do wysokości średniej ceny usług parkowania, holowania lub transportu pojazdu stosowanych na terenie, na którym zaszedł wypadek ubezpieczeniowy i w granicach limitu określonego w ust. 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody:
   1) których wartość nie przekracza 500 zł (franszyza integralna), chyba że w umowie ubezpieczenia przyjęto inną wysokość franszyzy integralnej; ograniczenie to nie dotyczy szkód polegających na uszkodzeniu wnętrza pojazdu przez osoby, których przewóz wymagany był potrzebą udzielenia pomocy medycznej;
   2) spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   3) spowodowane umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
   4) powstałe podczas kierowania pojazdem przez Ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:
      a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego lub
      b) nie posiadającego uprawnień do kierowania pojazdem, wymaganych prawem państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   5) powstałe podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   6) powstałe w maszynach budowlanych podczas ich pracy;
   7) spowodowane działaniami wojennymi lub powstałe w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także zaistniałe wskutek udziału Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu lub sabotażu;
   8) powstałe w związku z używaniem pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez Ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   9) eksploatacyjne;
   10) powstałe wskutek używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub wskutek niewłaściwego załadowania lub przewożenia ładunku lub bagażu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   11) kradzieżowe, w przypadku gdy:
      a) kierowca wysiadł z pojazdu, pozostawiając wewnątrz kluczyk lub sterownik służący do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu (lub oba te urządzenia) bez ich zabezpieczenia przed możliwością uruchomienia pojazdu przy ich pomocy przez osobę niepowołaną lub
      b) po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez nadzoru kierowcy lub pasażerów, pozostawiono w pojeździe lub nie dokonano zabezpieczenia poza pojazdem: dokumentów pojazdu, kluczyka lub sterownika służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych (lub łącznie wszystkich tych dokumentów i urządzeń) lub
      c) po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez nadzoru kierowcy lub pasażerów, nie dokonano zabezpieczenia pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji lub nie uruchomiono wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarcia umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku gdy kradzieży dokonano z pomieszczenia zamkniętego,

      chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego, w tym jeżeli spełnienie warunków określonych w lit. a–c było uniemożliwione uprzednim użyciem przemocy lub groźby natychmiastowego jej użycia przez sprawcę kradzieży pojazdu;
   12) powstałe w sprzęcie i urządzeniach multimedialnych, jeżeli po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez nadzoru kierowcy lub pasażerów, pozostawiono w pojeździe wyjmowany odbiornik lub panel odtwarzacza;
   13) powstałe w wyposażeniu pojazdu nie wymienionym w umowie ubezpieczenia lub w wyposażeniu pojazdu zamontowanym po zawarciu umowy ubezpieczenia, o którym nie powiadomiono PZU, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5;
   14) powstałe wskutek przywłaszczenia pojazdu lub polegające na kradzieży pojazdu, która miała miejsce w okresie tego przywłaszczenia;

15) polegające na utracie pojazdu pochodzącego z kradzieży, jeżeli w dniu faktycznej utraty pojazdu nie upłynął wymagany przepisami prawa okres do nabycia własności tego pojazdu przez Ubezpieczonego na zasadzie dobrej wiary;
16) powstałe wskutek włamania, gdy nie dokonano zabezpieczenia pojazdu w sposób przewidziany w jego konstrukcji lub nie uruchomiono wszystkich zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarcia umowy ubezpieczenia, wymienionych w umowie ubezpieczenia, chyba że niezabezpieczenie pojazdu lub nieuruchomienie zabezpieczeń przeciwkradzieżowych nie miało wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
17) polegające na awarii pojazdu;
18) kradzieżowe lub powstałe wskutek włamania, jeżeli z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, pojazd nie spełniał w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego wymagań co do zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarciu umowy ubezpieczenia, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
19) powstałe podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd;
20) powstałe podczas pracy pojazdu nie podlegającego rejestracji, z wyłączeniem kombajnu rolniczego.

2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem nie są objęte również szkody, o których mowa w § 6.

3. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszty świadczeń przewidzianych w opcji PZU Auto Non Stop, o których mowa w § 7 pkt 1, lub za koszty holowania, lub transportu pojazdu uszkodzonego za granicą RP, o którym mowa w § 25 ust. 4, poniesione bez uprzedniej zgody PZU, chyba że:
1) powiadomienie PZU w sposób określony w § 27 ust. 4 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób, lub
2) wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce na autostradzie, a Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej do korzystania z pojazdu pomocy udzieliły specjalne służby drogowe.

4. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszt wynajmu pojazdu zastępczego przewidzianego w opcji PZU Auto Non Stop, o którym mowa w § 7 pkt 1 lit. c, po upływie 21 dni naprawy pojazdu, w przypadku gdy przekroczenie tego okresu wynika z konieczności oczekiwania na części zamienne niezbędne do naprawy pojazdu w warsztacie, o którym mowa w § 7 pkt 1 lit. a.

5. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.

ROZDZIAŁ IV
UMOWA UBEZPIECZENIA
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego. PZU uzależnia zawarcie umowy ubezpieczenia od dokonania indywidualnej oceny ryzyka oraz uprzedniej identyfikacji pojazdu wraz z jego wyposażeniem, a także od dokonania oględzin pojazdu. Wartość pojazdu dla celów zawarcia umowy ubezpieczenia ustalana jest przez PZU w porozumieniu z Ubezpieczającym.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie pisemnej na podstawie okoliczności oraz danych i informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od ich udokumentowania.

3. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

4. Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga sporządzenia w formie pisemnej aneksu do tej umowy, z zastrzeżeniem, że powyższa zmiana warunków umowy będzie obowiązywać do końca okresu ubezpieczenia określonego w tej umowie.

5. Zmiana wyposażenia pojazdu, w tym nie powodująca zmiany wartości pojazdu powyżej sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, wymaga zgłoszenia do ubezpieczenia, pod rygorem odmowy wypłaty odszkodowania z tytułu szkód powstałych w tym wyposażeniu.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty, w tym wniosku, albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jednakże PZU może się zwrócić do Ubezpieczającego z wnioskiem o uzupełnienie brakujących danych lub dokumentów.

7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 6, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 6 i 7 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

9. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 6–8 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 6–8 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

10. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na jego nabywcę. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia wymaga zgody PZU, z zastrzeżeniem ust. 11.

11. Przeniesienie tych praw na dotychczasowego posiadacza pojazdu będącego osobą, o której mowa w § 2 pkt 15 lit. a nie wymaga zgody PZU.

12. W przypadku przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, zbywca lub nabywca pojazdu najpóźniej w dniu jego zbycia zobowiązany jest zawiadomić PZU o fakcie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, dostarczając do PZU dokument potwierdzający przeniesienie tych praw. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień zbycia pojazdu. PZU potwierdza przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu w formie pisemnej.

13. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU umówiły się inaczej. Pomimo przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.

14. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.

15. Postanowień ust. 10–14 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego.

WARIANTY UMOWY

§ 12

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia zawierana jest w wariancie „Warsztat z opcją serwisową", o którym mowa w § 24 ust. 3 pkt 1.

2. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia może być zawarta:
1) w wariancie „Warsztat z opcją optymalną", o którym mowa w § 24 ust. 3 pkt 2, z zastrzeżeniem, że zawarcie umowy ubezpieczenia w tym wariancie jest możliwe pod warunkiem dokonania indywidualnej oceny ryzyka przez PZU oraz spełnieniu wymogów określonych przez PZU albo
2) w wariancie „Wycena", o którym mowa w § 24 ust. 8.

ZABEZPIECZENIA PRZECIWKRADZIEŻOWE

§ 13

1. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody kradzieżowe, PZU uzależnia zawarcie umowy ubezpieczenia od zainstalowania w pojeździe określonych przez PZU zabezpieczeń przeciwkradzieżowych. Rodzaj zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, od których

zainstalowania uzależniono zawarcie umowy ubezpieczenia, wskazany jest w umowie ubezpieczenia.
2. PZU może także uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od potwierdzenia sprawności zabezpieczenia przeciwkradzieżowego przez podmiot profesjonalnie trudniący się montażem lub serwisowaniem zabezpieczeń przeciwkradzieżowych.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Określona w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości pojazdu brutto, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym suma ubezpieczenia może odpowiadać wartości pojazdu netto, jeżeli ubezpieczonemu przysługuje prawo do odliczenia w całości lub w części podatku VAT naliczonego przy nabyciu pojazdu.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia nie ulega w okresie ubezpieczenia pomniejszeniu o wypłacone odszkodowania.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy lub na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
2. Dopuszcza się możliwość zawierania wieloletnich umów ubezpieczenia, pod warunkiem dokonania indywidualnej oceny ryzyka przez PZU oraz spełnieniu wymogów określonych przez PZU.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 16

Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.

§ 17

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
2) z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę polegającą na całkowitym zniszczeniu lub utracie pojazdu;
3) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań, jeżeli w umowie ubezpieczenia umówiono się, że suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie (§ 14 ust. 3);
4) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
5) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
6) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 10;
7) z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 11 ust. 10–13;
8) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 18;
9) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności, z zastrzeżeniem pkt 2;
10) z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia PZU oświadczenia Ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
11) z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
12) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów.

§ 18

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie do odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ V
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 19

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU.
2. Zapłata składki ubezpieczeniowej następuje przy zawarciu umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia określono inny termin opłacenia składki ubezpieczeniowej.
3. Zapłata składki ubezpieczeniowej następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU w formie bezgotówkowej.
4. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się dzień uznania rachunku PZU wymaganą pełną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
5. Zapłata składki ubezpieczeniowej może być rozłożona na raty. Terminy i wysokość zapłaty kolejnych rat składki ubezpieczeniowej określa się w umowie ubezpieczenia.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 12 miesięcy składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo.
7. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustala się w zależności od rodzaju pojazdu, sumy ubezpieczenia, okresu eksploatacji pojazdu, okresu ubezpieczenia, charakteru prowadzonej działalności gospodarczej przez użytkownika pojazdu, sposobu wykorzystywania pojazdu, siedziby posiadacza pojazdu, oraz zwyżek i zniżek, w szczególności za zmniejszenie albo rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, poziomu szkodowości oraz innych okoliczności wynikających z oceny ryzyka.
8. Do zmiany umowy ubezpieczenia stosuje się taryfę obowiązującą w dniu zawarcia tej umowy. Ewentualne obniżenie lub podwyższenie składki ubezpieczeniowej następuje w zależności od przyjętego w umowie ubezpieczenia sposobu płatności składki ubezpieczeniowej (jednorazowo lub w ratach).
9. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jeżeli odszkodowanie lub suma tego odszkodowania i odszkodowań dotąd wypłaconych powoduje wyczerpanie sumy ubezpieczenia, raty składki ubezpieczeniowej, których termin płatności przypada po dniu wypłaty odszkodowania, stają się natychmiast wymagalne i płatne w dniu wypłaty odszkodowania.
10. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
11. Jeżeli Ubezpieczający lub jego przedstawiciel lub Ubezpieczony podał do wiadomości PZU nieprawdziwe okoliczności mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki ubezpieczeniowej wynikającej z różnicy pomiędzy składką ubezpieczeniową, jaka należałaby się PZU, gdyby podano prawdziwe okoliczności a składką ubez-

pieczeniową przyjętą w umowie ubezpieczenia. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego roszczenie PZU o dopłatę różnicy składki ubezpieczeniowej staje się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu wypłaty odszkodowania.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 20

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VI

USTALENIE ODSZKODOWANIA

OGÓLNE ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 21

1. Odszkodowanie nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu brutto, przy ustaleniu wysokości odszkodowania uwzględnia się podatek VAT. Jeżeli suma ubezpieczenia odpowiada wartości pojazdu netto, przy ustaleniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się podatku VAT.
3. Przy ustaleniu odszkodowania zastosowanie mają udziały własne określone w § 4 ust. 3, chyba że zostały zniesione w umowie ubezpieczenia. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastosowano udział własny określony w § 8 pkt 1, odszkodowanie pomniejszane jest zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia.
4. Przy ustaleniu odszkodowania za szkody powstałe w ogumieniu uwzględnia się indywidualnie stopień jego zużycia eksploatacyjnego.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU KRADZIEŻY POJAZDU

§ 22

W razie kradzieży pojazdu PZU określa odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu dokonania kradzieży z uwzględnieniem warunków umowy ubezpieczenia.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CAŁKOWITEJ

§ 23

1. W razie powstania szkody całkowitej:
   1) wysokość odszkodowania ustala się w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania pomniejszonej o wartość rynkową pozostałości, z uwzględnieniem warunków umowy ubezpieczenia;
   2) wartość pozostałości powinna odpowiadać ich wartości rynkowej i jest ustalana indywidualnie:
      a) w zależności od rozmiaru uszkodzeń i stopnia zużycia eksploatacyjnego pojazdu lub jego części (zespołów),
      b) w odniesieniu do tej samej wartości pojazdu jaką przyjęto do wyliczenia szkody całkowitej; PZU może ustalić wartość pozostałości na podstawie oferty zakupu uzyskanej podczas aukcji internetowej;
   3) dla ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, wartość pojazdu w dniu ustalenia odszkodowania porównuje się do kosztów naprawy pojazdu ustalonych według zasad określonych w pkt 4;
   4) koszty naprawy pojazdu stanowiące podstawę do ustalenia czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, nie będące podstawą do ustalenia wysokości odszkodowania, ustala się na podstawie kalkulacji kosztów naprawy sporządzonej przez PZU według zasad zawartych w systemie Audatex lub Eurotax, z zastosowaniem:
      a) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex lub Eurotax,
      b) cen części zamiennych zawartych w systemie Audatex lub Eurotax ustalonych według opcji serwisowej wariantu Warsztat, o której mowa w § 24 ust. 3 pkt 1,
      c) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu,
      d) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU w oparciu o średnie ceny usług autoryzowanych stacji obsługi pojazdów działających na terenie siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, o której mowa w § 2 ust. 15 lit. a;

   w kalkulacji kosztów naprawy uwzględniane są uszkodzenia pojazdu wynikające z wypadku ubezpieczeniowego; w przypadku ujawnienia uszkodzeń nieuwzględnionych w kalkulacji kosztów naprawy, Ubezpieczony lub Ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, o której mowa § 2 ust. 15 lit. a, zobowiązani są poinformować o tym PZU, w celu umożliwienia PZU potwierdzenia zakresu uszkodzeń i uwzględnienia ich w kalkulacji kosztów naprawy; koszty naprawy pojazdu ustalane są w oparciu o ceny usług i części zamiennych stosowanych w RP w dniu ustalenia odszkodowania.
2. Na wniosek Ubezpieczonego, PZU może udzielić pomocy w zagospodarowaniu pozostałości według odrębnie określonych warunków ustalonych przez strony. W tym przypadku PZU określa odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu w dniu ustalania odszkodowania z uwzględnieniem indywidualnie ustalonych warunków umowy dotyczącej zagospodarowania pozostałości.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA W PRZYPADKU SZKODY CZĘŚCIOWEJ

§ 24

1. W przypadku szkody częściowej PZU sporządza lub zleca sporządzenie kalkulacji kosztów naprawy lub protokołu szkody, w którym uwzględniane są uszkodzenia pojazdu wynikające z wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku ujawnienia uszkodzeń nieuwzględnionych w kalkulacji kosztów naprawy lub w protokole szkody, Ubezpieczony lub Ubezpieczający lub osoba uprawniona do korzystania z pojazdu, o której mowa § 2 ust. 15 lit. a, zobowiązani są poinformować o tym PZU, w celu umożliwienia PZU potwierdzenia zakresu uszkodzeń i uwzględnienia ich w kalkulacji kosztów naprawy lub w protokole szkody.
2. Koszty naprawy pojazdu ustalane są w oparciu o ceny usług i części zamiennych stosowanych w RP w dniu ustalenia odszkodowania.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, koszty naprawy pojazdu ustalane są na podstawie następujących cen części zamiennych zakwalifikowanych do wymiany:
   1) w wariancie „Warsztat z opcją serwisową" – cen części oryginalnych serwisowych;
   2) w wariancie „Warsztat z opcją optymalną":
      a) cen części oryginalnych serwisowych, pomniejszonych w zależności od okresu eksploatacji ubezpieczonego pojazdu według poniższych wskaźników:

Okres eksploatacji pojazdu	Procent pomniejszenia
do 3 lat	30%
powyżej 3 do 5 lat	45%
powyżej 5 do 8 lat	55%
powyżej 8 lat	60%

      Jeśli w trakcie eksploatacji pojazdu dokonano wymiany części (zespołów) lub wyposażenia pojazdu udokumentowanej rachunkami, pomniejszenie cen wymienionych elementów ustala się indywidualnie z uwzględnieniem okresu ich eksploatacji;
      b) cen części oryginalnych,
      c) cen części porównywalnej jakości.
4. Jeżeli w systemach Audatex lub Eurotax dostępne są części różnego rodzaju, o których mowa w ust. 3 pkt 2, lub części tego samego rodzaju, o których mowa w ust. 3 pkt 2, ale pochodzące od różnych producentów, PZU ustala wysokość odszkodowania uwzględniając części o najniższej cenie, przy czym w przypadku części oryginalnych serwisowych uwzględnia się cenę pomniejszoną według zasad określonych w ust. 3 pkt 2 lit. a.

5. Z zastrzeżeniem ust. 7 i 9, wysokość odszkodowania ustala się na podstawie uprzednio uzgodnionych przez PZU z Ubezpieczonym kosztów, z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2–4 i sposobu naprawy pojazdu w wybranym przez Ubezpieczonego warsztacie wykonującym naprawę, w oparciu o zasady zawarte w systemie Audatex lub Eurotax, z zastosowaniem:
   1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
   2) ceny usług stosowane przez warsztaty porównywalnej kategorii do warsztatu wykonującego naprawę, działające na terenie miejsca naprawy pojazdu;
   3) cen części zamiennych ustalonych stosownie do ust. 3 i 4;
   4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex lub Eurotax.
6. PZU ustala odszkodowanie w sposób przewidziany w ust. 3 pod warunkiem przedstawienia rachunków lub faktur VAT dotyczących robocizny, części zamiennych, materiałów lakierniczych i normaliów.
7. W razie udokumentowania naprawy pojazdu rachunkami lub fakturami VAT bez uprzedniego uzgodnienia z PZU kosztów i sposobu naprawy, o którym mowa w ust. 5, PZU weryfikuje wysokość odszkodowania na podstawie tych rachunków lub faktur VAT według zasad określonych w ust. 5.
8. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto w wariancie „Wycena" albo jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto w wariancie „Warsztat z opcją serwisową" albo wariancie „Warsztat z opcją optymalną", a Ubezpieczony wnioskuje o ustalenie wysokości odszkodowania według wyceny, wysokość odszkodowania jest ustalana na podstawie wyceny sporządzonej przez PZU według zasad zawartych w systemie Audatex lub Eurotax, z zastosowaniem:
   1) norm czasowych operacji naprawczych określonych przez producenta pojazdu;
   2) stawki za roboczogodzinę ustalonej przez PZU w oparciu o średnie ceny usług stosowane przez warsztaty działające na terenie siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu, której mowa w § 2 ust. 15 lit. a;
   3) cen części zamiennych zawartych w systemie Audatex lub Eurotax, ustalonych stosownie do ust. 3 pkt 2;
   4) cen materiałów lakierniczych i normaliów zawartych w systemach Audatex lub Eurotax.
9. W razie nie przedstawienia rachunków lub faktur VAT, o których mowa w ust. 6, PZU wypłaca bezsporną część odszkodowania na podstawie wyceny sporządzonej przez PZU według zasad opisanych w ust. 8. Dokonanie wyceny w sposób przewidziany w ust. 8 nie pozbawia Ubezpieczonego możliwości ustalenia wysokości odszkodowania na zasadach określonych w ust. 5, po przedłożeniu rachunków lub faktur VAT, o których mowa w ust. 5.

SZKODY POWSTAŁE ZA GRANICĄ RP

§ 25

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, jeżeli pojazd został uszkodzony wskutek wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł za granicą RP, pojazd ten może zostać naprawiony za granicą RP w zakresie niezbędnym do kontynuowania bezpiecznej jazdy (naprawa prowizoryczna), jeżeli koszt tej naprawy w dniu jej wykonania nie przekracza kwoty 2 500 euro lub jej równowartości w innych walutach obcych, obliczonej według kursu średniego walut ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu wykonania naprawy. Jeżeli koszt naprawy prowizorycznej przekracza wyżej wymienioną kwotę, wówczas naprawa pojazdu za granicą RP może nastąpić po uzgodnieniu z PZU albo może nastąpić na terytorium RP, z uwzględnieniem ust. 4.
2. Jeżeli koszty naprawy prowizorycznej zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, w tym sytuacji wskazanej w ust. 1 zdanie drugie, zwrot tych kosztów następuje w RP, na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty.
3. Jeżeli dokonana za granicą RP naprawa pojazdu przekracza zakres naprawy prowizorycznej określonej w ust. 1, wysokość odszkodowania w tej części ustala się według cen obowiązujących w RP, chyba że faktycznie poniesione koszty są niższe. Wysokość odszkodowania ustala się według zasad określonych w § 24, przy czym stawki za roboczogodzinę ustala się według zasad określonych w § 24 ust. 8 pkt 2.
4. W razie konieczności holowania lub transportu do RP pojazdu uszkodzonego wskutek wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł za granicą RP, koszty holowania lub transportu tego pojazdu PZU zwraca według zasad określonych w § 9. Holowanie lub transport pojazdu wymaga uzgodnienia z PZU.

ROZDZIAŁ VII

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 26

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
   2) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
   3) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
   4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU pomocy dostarczając posiadane informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 27

1. Poza obowiązkami wynikającymi z § 26, Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
   1) w przypadku szkody polegającej na uszkodzeniu pojazdu:
      a) nie dokonywać w uszkodzonym pojeździe żadnych zmian, jeżeli nie są one uzasadnione koniecznością kontynuowania bezpiecznej jazdy i nie podejmować ich naprawy bez uprzedniego przeprowadzenia oględzin przez PZU lub jego przedstawiciela, chyba że PZU lub jego przedstawiciel nie przeprowadził ich w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie, albo 14 dni, jeżeli niezbędne było powołanie biegłego (rzeczoznawcy),
      b) powiadomić PZU o szkodzie powstałej na terytorium RP niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 7 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
      c) powiadomić PZU o szkodzie powstałej za granicą RP, nie później niż w terminie 7 dni od dnia powrotnego przekroczenia granicy RP, a jeśli zaistniała konieczność korzystania z pomocy PZU przed powrotem do RP, powiadomienie PZU powinno nastąpić nie później niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
      d) przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować PZU o przeprowadzeniu tego badania,
      e) odnotować, w razie kolizji z innym pojazdem, dane dotyczące tego pojazdu, osoby kierującej tym pojazdem, a także numer dokumentu ubezpieczenia, nazwę i adres ubezpieczyciela, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych;
   2) w przypadku szkody kradzieżowej lub szkody powstałej w okolicznościach uzasadniających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo:
      a) powiadomić policję niezwłocznie po powzięciu informacji o którymkolwiek z tych zdarzeń,
      b) powiadomić PZU niezwłocznie po powzięciu informacji o którymkolwiek z tych zdarzeń, jednak nie później niż w najbliższym dniu roboczym, przy czym przez dzień roboczy rozumie się dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
   3) w przypadku kradzieży pojazdu:
      a) przekazać PZU: dokumenty pojazdu, kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu oraz kluczyki lub sterowniki służące do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 11 i 18,
      b) okazać PZU umowę o świadczenie usługi monitoringu, poszukiwania i odzyskiwania pojazdu oraz dowodu zapłaty abo-

namentu za okres, w którym przypadał dzień, w którym dokonano kradzieży pojazdu, jeżeli w pojeździe zamontowany był system specjalny, w celu ustalenia odpowiedzialności PZU okolicznościach, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 18,

c) w przypadku wypłaty odszkodowania na żądanie PZU przenieść na jego rzecz własność pojazdu po jego wyrejestrowaniu; jeżeli pojazd zostanie odzyskany po wypłacie przez PZU odszkodowania, PZU w uzgodnieniu z ubezpieczonym może ponownie przenieść na niego własność pojazdu; jeżeli własność pojazdu nie została przeniesiona na PZU, wypłacone odszkodowanie podlega zwrotowi w całości, o ile pojazd nie został uszkodzony albo w odpowiedniej części, gdy nastąpiło uszkodzenie pojazdu, za które PZU jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania;

4) powiadomić PZU o utracie: dokumentów pojazdu, kluczyka lub sterownika, służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarcia umowy ubezpieczenia, w terminie, o którym mowa w pkt 2 lit. b i zabezpieczyć pojazd przed kradzieżą z należytą starannością, a w przypadku kradzieży oraz w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo – powiadomić policję w terminie, o którym mowa w pkt 2 lit. a;

5) wymienić wkładki zamków oraz przekodować moduły zabezpieczeń przeciwkradzieżowych w przypadku utraty z jakiejkolwiek przyczyny: kluczyka lub sterownika służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych, które były wymagane do zawarcia umowy ubezpieczenia;

6) przekazać PZU panel odtwarzacza w przypadku kradzieży odtwarzacza z wyjmowanym panelem w celu ustalenia odpowiedzialności PZU w okolicznościach, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 12.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a lub ust. 1 pkt 2 lit. a lub ust. 1 pkt 4–5, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b lub lit. c lub ust. 1 pkt 2 lit. b, PZU może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym nie nastąpują, jeżeli PZU w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

4. W celu skorzystania ze świadczeń opcji PZU Auto Non Stop, o których mowa w § 7 pkt 1, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić telefonicznie PZU o zamiarze skorzystania z tych świadczeń oraz podać informacje niezbędne do ich realizacji, przed podjęciem działań we własnym zakresie i nie później niż z chwilą powiadomienia PZU o szkodzie; numer telefonu PZU zamieszczony jest w umowie ubezpieczenia.

5. W razie niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 4, z przyczyn określonych w § 10 ust. 3, koszty świadczeń przewidzianych w opcji PZU Auto Non Stop zwracane są do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, jeżeli:

1) dotyczą holowania z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego do warsztatu Sieci Naprawczej współpracującego z PZU w zakresie realizacji świadczeń opcji PZU Auto Non Stop; w przypadku holowania pojazdu w inne miejsce zastosowanie mają ograniczenia zwrotu kosztów, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 zdanie pierwsze oraz

2) zostaną udokumentowane rachunkami lub fakturami VAT i dowodami ich zapłaty.

ROZDZIAŁ VIII

WYPŁATA ODSZKODOWANIA I OBOWIĄZKI INFORMACYJNE PZU

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 28

1. Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów, płatne jest w złotych polskich.

2. Jeżeli w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP, zostały poniesione koszty w walucie obcej, zwrot tych kosztów następuje w RP w złotych polskich przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu ustalenia kwoty podlegającej zwrotowi.

§ 29

Odszkodowanie, w tym zwrot kosztów, wypłacane jest Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej. Za szkodę powstałą w pojeździe wchodzącym w skład spadku odszkodowanie wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego (odpowiednio następcom prawnym).

OBOWIĄZKI PZU

§ 30

1. PZU dokonuje wypłaty odszkodowania, w tym zwrotu kosztów, w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, okazało się niemożliwe, wypłata odszkodowania, w tym zwrot kosztów, następuje w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania, w tym koszty podlegające zwrotowi, PZU wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. PZU jest zobowiązany:

1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;

2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;

3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;

4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;

5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;

6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia oko-

liczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ROZDZIAŁ IX
REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 31

1. Z dniem wypłaty przez PZU odszkodowania, w tym kosztów podlegających zwrotowi, roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na PZU do wysokości wypłaconego odszkodowania lub zwróconych kosztów. Jeżeli PZU pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami PZU.
2. Nie przechodzą na PZU roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub osobom uprawnionym do korzystania z pojazdu.
3. Jeżeli Ubezpieczony zrzekł się roszczenia o odszkodowanie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, PZU może odmówić wypłaty odszkodowania lub zwrotu kosztów lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie przez PZU odszkodowania lub zwrocie kosztów, wówczas PZU przysługuje prawo dochodzenia zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania lub poniesionych kosztów.

ROZDZIAŁ X
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 32

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU to: reklamacje@pzu.pl.
13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach z konsumentem jest język polski.
14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 33

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PZU AUTO KORPORACYJNE AC

KLAUZULA NIEZMIENNOŚCI WARTOŚCI POJAZDU (OPCJA AUTO WARTOŚĆ 100%)

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU oraz za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej ustala się, że:
1) w razie powstania szkody całkowitej PZU ustala odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości sumy ubezpieczenia, pomniejszonej o wartość pozostałości, z zastrzeżeniem § 23 ust. 1 pkt 1 OWU;
2) w razie kradzieży pojazdu PZU ustala odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości sumy ubezpieczenia;
3) stała wartość pojazdu obowiązuje w całym okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie stosuje się jej w celu ustalenia, czy zachodzi przypadek szkody całkowitej, o którym mowa w § 23 ust. 1 pkt 3.

2. Niniejszej klauzuli nie stosuje się:
1) w umowach ubezpieczenia pojazdów wynajmowanych zarobkowo w ramach działalności w zakresie wynajmu samochodów;
2) w umowach wieloletnich oraz umowach rocznych zawartych tego samego dnia na kilka kolejno następujących po sobie okresów ubezpieczenia.

3. W przypadku nadubezpieczenia niniejsza klauzula ma zastosowanie do takiej wartości pojazdu jaka zostałaby ustalona, gdyby zastosowano zasady określone w OWU, chyba że kwota o jaką zawyżona została suma ubezpieczenia nie przekracza 10% wartości pojazdu w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie PZU Auto Korporacyjne AC

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: Ubezpieczenie autocasco dla klienta korporacyjnego

Pełne informacje podane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU Auto Korporacyjne AC ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/270/2013 z dnia 9 października 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/430/2015 z dnia 23 grudnia 2015 r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie PZU Auto Korporacyjne AC należy do działu II, grupa 3 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ pojazdy wraz z wyposażeniem określonym w umowie ubezpieczenia zarejestrowane w Polsce; niezarejestrowane lecz podlegające rejestracji w Polsce, w przypadku gdy Ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w Polsce; pojazdy napędzane umieszczonym w nich silnikiem, zasilanym z własnego źródła energii; trolejbusy; tramwaje;
- ✓ odpowiadamy za szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie pojazdu, jego części lub wyposażenia wskutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, które zaszły na terytorium Polski i innych państw Europy oraz Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji, z zastrzeżeniem, że jeśli nie umówiono się inaczej, zakresem ubezpieczenia nie są objęte szkody kradzieżowe powstałe na terytorium Rosji, Białorusi, Ukrainy i Mołdawii;
- ✓ sumę ubezpieczenia pojazdów stanowi w przypadku pojazdów fabrycznie nowych w okresie sześciu miesięcy od określonej w fakturze daty sprzedaży pojazdu – wartość pojazdu z faktury zakupu; w przypadku pojazdów używanych ponad sześć miesięcy od daty sprzedaży pojazdu jako fabrycznie nowego, określonej w fakturze zakupu – aktualna w chwili zgłoszenia do ubezpieczenia wartość rynkowa chyba, że umówiono się inaczej;
- ✓ podstawą do określenia wartości rynkowej pojazdu są katalogi Info Ekspert lub Eurotax;
- ✓ sumę ubezpieczenia można ustalić w kwocie: netto (bez podatku VAT), brutto (z podatkiem VAT) lub netto+50% VAT.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- × szkód, których wartość nie przekracza 500 zł lub innej wysokości franszyzy integralnej, określonej w umowie; chyba że szkoda powstała we wnętrzu pojazdu przez osoby, których przewóz wymagany był potrzebą udzielenia pomocy medycznej;
- × szkód powstałych podczas kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego lub nie posiadającego uprawnień do kierowania pojazdem.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy także m.in. za szkody:

- ! eksploatacyjne;
- ! kradzieżowe w przypadku gdy kierowca wysiadł z pojazdu, pozostawiając wewnątrz kluczyk lub sterownik służący do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu (lub oba te urządzenia) bez ich zabezpieczenia przed możliwością uruchomienia pojazdu przy ich pomocy przez osobę niepowołaną;
- ! kradzieżowe w przypadku gdy po opuszczeniu pojazdu i pozostawieniu go bez nadzoru kierowcy lub pasażerów, pozostawiono w pojeździe lub nie dokonano zabezpieczenia poza pojazdem: dokumentów pojazdu, kluczyka lub sterownika służącego do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu lub kluczyka lub sterownika służącego do uruchomienia zabezpieczeń przeciwkradzieżowych (lub łącznie wszystkich tych dokumentów i urządzeń);
- ! powstałe w wyposażeniu pojazdu, które nie jest wymienione w polisie lub w wyposażeniu zamontowanym w pojeździe po zawarciu umowy ubezpieczenia, o którym nie powiadomiono PZU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce i innych państwach Europy oraz Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek:

- – podać wszystkie dane, o które zapytujemy przy zawarciu umowy;
- – powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach powstałych w trakcie ubezpieczenia;
- – najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o szkodzie lecz nie później niż 7 dni od momentu, kiedy uzyska wiedzę o zdarzeniu;
- – podjęcia współpracy z nami w zbadaniu szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach.
Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,
kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in:
- z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę polegającą na całkowitym zniszczeniu lub utracie pojazdu;
- z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań, jeżeli w umowie ubezpieczenia umówiono się, że suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie;
- z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy ponosimy odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
- z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
- z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego;
- z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia;
- z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia do nas oświadczenia Ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
- z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
- z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może rozwiązać umowę m.in. poprzez odstąpienie od niej, w przypadku umowy zawartej na ponad 6 miesięcy:
- w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli jest konsumentem;
- w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

Ubezpieczenie PZU Auto OC

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: PZU Auto

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w „Ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych", Dziennik Ustaw z 2003 nr 124 poz. 1152, dostępny na http://prawo.sejm.gov.pl.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

PZU Auto OC to obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, którego obowiązek zawarcia wynika z przepisów „Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych". Należy ono do działu II, grupy 10 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczamy odpowiedzialność cywilną posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym (dalej: pojazd), jeśli w okresie ubezpieczenia spowoduje on szkodę. Odpowiadamy za szkody, które powstały podczas i w związku z:

- ✓ ruchem pojazdu,
- ✓ wsiadaniem do pojazdu lub wysiadaniem z niego,
- ✓ bezpośrednim załadowywaniem lub rozładowywaniem pojazdu,
- ✓ zatrzymaniem lub postojem pojazdu.

Ubezpieczeniem obejmujemy szkody, które są następstwem:

- ✓ śmierci,
- ✓ uszkodzenia ciała,
- ✓ rozstroju zdrowia lub
- ✓ utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia.

Odpowiadamy do wysokości sum gwarancyjnych nie niższych niż sumy określone w „Ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych".
Kwoty wyrażone w euro przeliczane są przy zastosowaniu kursu średniego Narodowego Banku Polskiego, który obowiązywał w dniu wyrządzenia szkody.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód, które polegają na:

- × awarii pojazdu lub
- × uszkodzeniu pojazdu wskazanego w umowie PZU Auto OC.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy za szkody:

- ! które polegają na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, które kierujący wyrządził posiadaczowi pojazdu. Dotyczy to także sytuacji, w której posiadacz pojazdu, który wyrządził szkodę, jest również posiadaczem lub współposiadaczem drugiego – uszkodzonego pojazdu. Jeśli mamy do czynienia z pojazdami, które są przedmiotem umowy leasingu zawartej z tym samym leasingodawcą, powyższe ograniczenie nie obowiązuje. Nie obowiązuje również w sytuacji, w której pojazdy zostały przewłaszczone na tego samego wierzyciela lub są tzw. przedmiotem zastrzeżenia własności rzeczy sprzedanej na rzecz tego samego wierzyciela,
- ! w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu – chyba że odpowiedzialność za szkodę ponosi posiadacz innego pojazdu mechanicznego niż przewożący te przedmioty,
- ! które polegają na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych,
- ! które polegają na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska.

W niektórych przypadkach mamy prawo dochodzić od kierującego pojazdem zwrotu odszkodowania, które wypłaciliśmy. Możemy to zrobić, jeśli kierujący:

- ! wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ! wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa,
- ! nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem – z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa,
- ! zbiegł z miejsca zdarzenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce, pozostałych krajach Unii Europejskiej oraz w Andorze, na Islandii, w Liechtensteinie, Norwegii, Serbii i Szwajcarii.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ma obowiązek podać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytamy przed zawarciem umowy.
- W trakcie trwania umowy powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności. Szczególnie dotyczy to przerejestrowania lub przywrócenia pojazdu do ruchu, jeśli pojazd został z niego wcześniej wycofany.
- W razie zbycia pojazdu (np. jego sprzedaży czy darowizny) zbywca musi w ciągu 14 dni poinformować nas o tym fakcie i podać nam dane nabywcy.

W razie wypadku ubezpieczony ma obowiązek:

- użyć dostępnych środków, aby zapewnić bezpieczeństwo w miejscu zdarzenia i – w miarę możliwości – zapobiec zwiększeniu się szkody,
- starać się złagodzić skutki zdarzenia oraz zapewnić pomoc lekarską poszkodowanym i zabezpieczyć ich mienie – w miarę możliwości,
- jeśli w wypadku ktoś odniósł obrażenia lub okoliczności wypadku wskazują, że było to przestępstwo – niezwłocznie powiadomić policję,
- podać innym uczestnikom zdarzenia informacje kontaktowe do nas oraz informacje na temat umowy PZU Auto OC,
- najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o zdarzeniu, udzielić nam niezbędnych wyjaśnień i przekazać posiadane informacje.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Jeśli nie umówiliśmy się inaczej, to nasza odpowiedzialność rozpoczyna z chwilą zawarcia umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty. Nasza odpowiedzialność trwa przez okres wskazany w umowie i kończy się z upływem ostatniego dnia tego okresu.

Jeśli posiadacz pojazdu nie później niż na jeden dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi nas na piśmie o jej wypowiedzeniu, wtedy uważamy, że została zawarta następna umowa na kolejne 12 miesięcy. Zawarcie następnej umowy nie następuje pomimo braku wypowiedzenia, jeśli:

1) przeszło lub zostało przeniesione prawo własności pojazdu,
2) nie została opłacona w całości określona w umowie składka za mijający okres 12 miesięcy lub w przypadku cofnięcia zakładowi ubezpieczeń zezwolenia na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych albo
3) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, ogłoszenia lub zarządzenia likwidacji zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się także:

- z chwilą wyrejestrowania pojazdu,
- z dniem odstąpienia od umowy, jeśli została ona zawarta przed rejestracją pojazdu, a pojazd nie został zarejestrowany w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy,
- w razie przejścia lub przeniesienia prawa własności pojazdu – w dniu wypowiedzenia umowy przez posiadacza, na którego przeszło lub zostało przeniesione prawo własności pojazdu,
- jeśli posiadacz pojazdu utracił posiadanie pojazdu na rzecz jego właściciela – w dniu wypowiedzenia umowy przez właściciela pojazdu,
- z chwilą udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu bez zmiany posiadacza, z uwzględnieniem art. 79 ust. 1 pkt 5 ustawy „Prawo o ruchu drogowym",
- po 3 miesiącach od dnia ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń, z uwzględnieniem art. 474 i art. 476 ustawy „Prawo upadłościowe",
- z chwilą zarejestrowania pojazdu za granicą,
- z dniem odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w trybie określonym w art. 40 „Ustawy o prawach konsumenta",
- z dniem wydania zaświadczenia, o którym mowa w art. 79 ust. 1 pkt 1 lub 6 ustawy „Prawo o ruchu drogowym", albo równoważnego dokumentu wydanego w innym państwie,
- z dniem wypowiedzenia na piśmie umowy przez posiadacza pojazdu, który w tym samym czasie jest ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta w trybie art. 28 ust. 1 „Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych".

Jak rozwiązać umowę?

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia, którą konsument zawarł na odległość

Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na odległość, np.: przez internet, telefon albo korespondencyjnie. Jeśli tak zrobił i jednocześnie jest konsumentem, wtedy może odstąpić od umowy ubezpieczenia. Konsument może to zrobić, jeśli w terminie:

a) 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub
b) 30 dni od dnia potwierdzenia na papierze lub innym trwałym nośniku informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 „Ustawy o prawach konsumenta" – jeżeli jest to termin późniejszy

złoży na piśmie oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Aby zachować termin, który wskazujemy powyżej, wystarczy, że konsument, który jest ubezpieczającym, wyśle oświadczenie o odstąpieniu w tym terminie.

2. Wypowiedzenie umowy po sprzedaży pojazdu

Osoba, która nabędzie prawo własności pojazdu (nabywca), może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym momencie do czasu zakończenia okresu ubezpieczenia. Aby wypowiedzieć umowę, należy wysłać do nas podpisane oświadczenie o wypowiedzeniu umowy.

3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia w przypadku zawarcia dwóch umów ubezpieczenia OC, które dotyczą tego samego pojazdu

Jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego w tym samym czasie jest ubezpieczony w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń, przy czym co najmniej jedna z umów ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta w trybie automatycznego zawarcia umowy ubezpieczenia, to ta umowa, która została zawarta w tym trybie, może zostać przez niego wypowiedziana na piśmie.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KIEROWCY I PASAŻERÓW POJAZDU MECHANICZNEGO

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne . . . str. 2
Definicje . . . str. 2
Przedmiot ubezpieczenia . . . str. 3
Zakres terytorialny . . . str. 3
Zakres ubezpieczenia . . . str. 3
Rodzaje i wysokość świadczeń . . . str. 3
Wyłączenia odpowiedzialności . . . str. 4
Suma ubezpieczenia . . . str. 4
Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . str. 5
Okres ubezpieczenia . . . str. 5
Początek i koniec odpowiedzialności PZU . . . str. 5
Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia . . . str. 5
Składka ubezpieczeniowa . . . str. 6
Zwrot składki ubezpieczeniowej . . . str. 6
Ustalanie wysokości i wypłata świadczeń . . . str. 6
Postępowanie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego . . . str. 7
Wypłata świadczenia . . . str. 7
Obowiązki PZU . . . str. 7
Postanowienia końcowe . . . str. 8

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 9, § 10 ust. 4–6 i 10, § 12 ust. 2, § 13, § 14, § 17, § 20, § 21, § 22, § 23
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 2, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 7 i 10, § 12 ust. 2, § 13, § 14, § 17, § 20, § 23

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU"):

1) z osobami fizycznymi – z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość z zastosowaniem przesłanego przez PZU blankietu (system uproszczony);
2) z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, posiadającymi co najmniej 20 pojazdów wykorzystywanych do działalności gospodarczej – przy jednoczesnej obecności obu stron umowy ubezpieczenia.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.

2. PZU zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 3

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:

1) **bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
2) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, udokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
3) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
4) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie, dłużej niż jeden dzień:
   a) którego celem jest poddanie się uzasadnionemu stanem zdrowia leczeniu i który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia, a odroczenie w czasie pomocy medycznej w szpitalu mogłoby skutkować utratą zdrowia lub życia lub
   b) związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie;

   za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
5) **kierowca** – kierujący pojazdem;
6) **leczenie**:
   a) wizyty lekarskie, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza,
   b) rehabilitacja,
   c) przyjmowanie leków, stosowanie środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
   d) leczenie szpitalne,
   e) transport z miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego do szpitala, ambulatorium lub innego miejsca udzielenia pierwszej pomocy medycznej, z wyłączeniem transportu między placówkami medycznymi i z placówki medycznej do miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz dojazdów ubezpieczonego w związku z okolicznościami wymienionymi w lit. a–d;
7) **leczenie uciążliwe** – leczenie, w trakcie którego przeprowadzono operację chirurgiczną lub hospitalizacja trwała minimum 5 dni;
8) **naprawa na miejscu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony podczas postoju pojazdu, związanych z unieruchomieniem pojazdu, mających na celu kontrolę stanu technicznego pojazdu lub usunięcie przyczyny unieruchomienia;
9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
10) **NNW** – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego;
11) **OC** – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
12) **operacja chirurgiczna** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego i przeprowadzony metodą:
   a) otwartą lub
   b) endoskopową;

   za operację chirurgiczną nie uważa się następujących zabiegów medycznych: punkcji, biopsji, iniekcji, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacji, dializy, blokady, wenesekcji, tamponady, wziernikowania;
13) **otwieranie lub zamykanie drzwi lub bramy garażu lub posesji** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony będący kierowcą w związku z otwieraniem lub zamykaniem drzwi garażu lub bramy garażu lub posesji w celu wjazdu do tego garażu lub na teren tej posesji lub wyjazdu z tego garażu lub z terenu tej posesji;
14) **placówka medyczna** – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
15) **pobieranie paliwa** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony będący kierowcą na stacji paliw w związku z obsługą dystrybutora paliwa, nalewaniem paliwa oraz droga kierowcy od dystrybutora paliwa do kasy i powrót do pojazdu;
16) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 4;
17) **praca zarobkowa** – forma świadczenia pracy za wynagrodzeniem w ramach umowy cywilnoprawnej, stosunku pracy, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym, a także w zakresie wykonania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
18) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów), zalecone przez lekarza;
19) **rehabilitacja** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
20) **rozładowywanie pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony, polegających wyłącznie na wyjmowaniu elementów ładunku z pojazdu na zewnątrz pojazdu do chwili, gdy ładunek znajdzie się już poza pojazdem; nie dotyczy czynności polegających na przenoszeniu ładunku po jego wyjęciu z pojazdu do miejsca przeznaczenia ładunku;
21) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
22) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
23) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę ustalania świadczeń przysługujących z tytułu NNW w stosunku do jednego ubezpieczonego i na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1 pkt 5–8, ust. 2 i ust. 3 oraz § 20 ust. 9 i ust. 11;

24) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
25) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje: domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów i szpitali sanatoryjnych;
26) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
27) **ubezpieczający** – osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
28) **ubezpieczony** – osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia; nie wskazany imiennie, kierowca lub pasażer pojazdu;
29) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają OWU, zawarta z PZU;
30) **umowa ubezpieczenia w systemie uproszczonym** – umowa ubezpieczenia zawarta z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość z zastosowaniem przesłanego przez PZU blankietu;
31) **umowa OC** – umowa ubezpieczenia OC zawarta z PZU;
32) **uposażony** – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
33) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
34) **używanie pojazdu**:
   a) wsiadanie lub wysiadanie z pojazdu,
   b) załadowywanie lub rozładowywanie pojazdu,
   c) zatrzymanie lub postój pojazdu,
   d) naprawa na miejscu,
   e) otwieranie lub zamykanie drzwi lub bramy garażu lub posesji,
   f) pobieranie paliwa;
35) **wsiadanie do pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz tego pojazdu;
36) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, który zaszedł w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia;
37) **wysiadanie z pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony od momentu otwarcia drzwi wewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się na zewnątrz tego pojazdu;
38) **załadowywanie pojazdu** – zespół czynności, jakie wykonuje ubezpieczony, polegających wyłącznie na umiejscawianiu elementów ładunku w pojeździe od chwili, gdy ładunek znajdował się w pobliżu pojazdu gotowy do umieszczenia wewnątrz tego pojazdu; nie obejmuje czynności polegających na przenoszeniu ładunku w pobliże pojazdu;
39) **zasiłek dzienny** – świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
40) **zatrzymanie lub postój pojazdu** – przerwa w ruchu pojazdu, która odbywa się na drodze, poboczu, chodniku, stacji paliw lub parkingu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu, o którym mowa w ust. 2:
   1) zarejestrowanego w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym;
   2) niezarejestrowanego, lecz podlegającego rejestracji w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym w przypadku, gdy ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w RP;
   3) niewymienionego w pkt 1 i 2 napędzanego umieszczonym na nim silnikiem, zasilanym z własnego źródła energii,

   przy czym w przypadkach, o których mowa w § 3 pkt 34 lit. e i lit. f, przedmiotem ubezpieczenia są wyłącznie następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałe u kierowcy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. NNW może dotyczyć następujących rodzajów pojazdów:
   1) samochody osobowe;
   2) samochody ciężarowe;
   3) autobusy;
   4) inne pojazdy samochodowe;
   5) ciągniki rolnicze;
   6) motorowery;
   7) przyczepy;
   8) naczepy;
   9) pojazdy wolnobieżne w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, NNW nie może dotyczyć:
   1) samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych o ładowności do 750 kg wykorzystywanych jako taksówki osobowe lub do zarobkowego przewozu osób;
   2) pojazdów wynajmowanych zarobkowo w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów;
   3) pojazdów udostępnianych jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu;
   4) samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub ciężarowych o ładowności do 2 ton wykorzystywanych do przewozu przesyłek kurierskich;
   5) pojazdów wykorzystywanych do jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia.
4. NNW może dotyczyć pojazdu, o którym mowa w ust. 3, za zapłatą podwyższonej składki ubezpieczeniowej.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 5

Ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły na terytorium RP i innych państw Europy oraz na terytorium Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Zakresem NNW objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci ubezpieczonego, a w przypadkach określonych w § 3 pkt 34 lit. e i lit. f, wyłącznie powyższe następstwa powstałe u kierowcy, z zastrzeżeniem § 8.
2. Zakresem NNW objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych określone w ust. 1, gdy wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w okresie ubezpieczenia.
3. Za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej zakres NNW może być rozszerzony o następstwa wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli wypadki te zaszły:
   1) podczas kierowania pojazdem wykorzystywanym do nauki jazdy;
   2) podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 7

1. NNW obejmuje następujące świadczenia:
   1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku ubezpieczeniowego, przy czym jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, a jeżeli ubezpieczony doznał mniej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu;
   2) świadczenie z tytułu śmierci będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

3) świadczenie za leczenie uciążliwe związane z wypadkiem ubezpieczeniowym – w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 1 000 zł;
4) zasiłek dzienny – w wysokości jednego promila sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za każdy dzień oraz nie dłużej niż przez 60 dni, płatny w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego – od pierwszego dnia lub w przypadku leczenia ambulatoryjnego – od 7 dnia po dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
5) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10 000 zł;
6) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10 000 zł;
7) zwrot kosztów leczenia, w tym rehabilitacji – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 5 000 zł;
8) zwrot kosztów transportu zwłok, tj. kosztów organizacji i transportu zwłok, kosztów usług zakładów pogrzebowych polegających na przygotowaniu zwłok do transportu, kremacji, kosztów zakupu trumny lub urny – do wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 15 000 zł.

2. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie za leczenie uciążliwe z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego. Świadczenie za leczenie uciążliwe wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczonego.

3. Zasiłek dzienny przysługuje tylko osobom pracującym zarobkowo oraz wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres 12 miesięcy. W przypadku zajścia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 60 dni. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego, jeżeli w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek dzienny, wykonywał pracę zarobkową.

4. Koszty, o których mowa w ust. 1 pkt 5–8, podlegają zwrotowi, jeżeli powstały w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto koszty leczenia, w tym rehabilitacji, o których mowa w ust. 1 pkt 7, podlegają zwrotowi, jeżeli były niezbędne z medycznego punktu widzenia.

5. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1 pkt 5–8, następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu określonego dla tych kosztów, przy czym jeżeli koszty te zostały poniesione w walucie obcej stosuje się postanowienia § 23 ust. 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli te wypadki zaszły:
1) w odniesieniu do kierowcy podczas kierowania przez niego pojazdem:
   a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   b) jeżeli nie posiadał uprawnień do kierowania pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   c) niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
2) w odniesieniu do pasażera:
   a) będącego w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   b) który świadomie podjął jazdę z kierowcą prowadzącym pojazd w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
3) w odniesieniu do kierowcy lub pasażera:
   a) wskutek umyślności lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub uposażonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   b) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
   c) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat oraz w związku z użyciem pojazdu w celu popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
   d) w wyniku udziału w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
   e) wskutek działań wojennych lub wskutek udziału w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, sabotażu,
   f) wskutek udziału w aktach terroryzmu,
   g) w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów,
   h) podczas kierowania pojazdem wykorzystywanym do nauki jazdy, chyba że ryzyko to zostało objęte NNW,
   i) podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd, chyba że ryzyko to zostało objęte NNW.

2. Odpowiedzialność PZU jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego, tj. przyczyną wypadku ubezpieczeniowego jest zarówno choroba lub stan chorobowy, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU obejmuje uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, który jest następstwem działania przyczyny zewnętrznej, chyba że nie można ustalić, jakie uszkodzenia ciała lub czy rozstrój zdrowia są wyłącznie następstwem działania przyczyny zewnętrznej; w takim przypadku przyjmuje się, że uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem działania przyczyny zewnętrznej.

3. Odpowiedzialność PZU nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

4. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9

Suma ubezpieczenia jest określana przez PZU w uzgodnieniu z ubezpieczającym i stanowi wielokrotność 1 000 zł, przy czym suma ubezpieczenia nie może być niższa niż 5 000 zł oraz wyższa niż 100 000 zł w stosunku do jednego ubezpieczonego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy następuje na wniosek ubezpieczającego.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie danych zgłaszanych przez ubezpieczającego. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od udokumentowania tych danych.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
7. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4–6, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4–6 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym następuje z chwilą zapłaty składki ubezpieczeniowej za tę umowę, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Do zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym może dojść wyłącznie w przypadku zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu.
10. Do umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym nie stosuje się postanowień ust. 3–7.

§ 11

PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dokonania indywidualnej oceny ryzyka. Postanowienia tego nie stosuje się do umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy albo na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe), z tym, że okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 15 dni.
2. Okres ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia w systemie uproszczonym kończy się z upływem okresu ubezpieczenia w umowie OC, o której mowa w § 10 ust. 9.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 13

1. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy, jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż wraz z rozpoczęciem odpowiedzialności z umowy OC, o której mowa w § 10 ust. 9.

§ 14

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia, a w przypadku umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym – z upływem okresu ubezpieczenia w umowie OC, o której mowa w § 10 ust. 9, bądź w innych przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie OC, o której mowa w § 10 ust. 9;
2) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
3) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
4) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem natychmiastowym umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 16 ust. 1 i § 18 ust. 6;
5) z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 17;
6) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 15;
7) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności;
8) z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia PZU oświadczenia ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
9) z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
10) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów.

§ 15

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym, w której ubezpieczający jest konsumentem, termin w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

§ 16

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 17

1. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na jego nabywcę.

2. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na dotychczasowego posiadacza będącego korzystającym z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorcą, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania, nie wymaga zgody PZU.
3. W przypadku przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, zbywca lub nabywca pojazdu najpóźniej w dniu jego zbycia zobowiązany jest zawiadomić PZU o fakcie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, dostarczając do PZU dokument potwierdzający przeniesienie tych praw. PZU potwierdza przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu w formie pisemnej.
4. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na osoby inne niż wskazane w ust. 2 wymaga zgody PZU.
5. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki ubezpieczeniowej przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.
6. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.
7. Postanowień ust. 1–6 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku ubezpieczeniowego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od sumy ubezpieczenia, rodzaju pojazdu, okresu ubezpieczenia, przeznaczenia pojazdu oraz sposobu zapłaty składki.
3. Składka ubezpieczeniowa za 12-miesięczny okres ubezpieczenia może być płatna jednorazowo albo w ratach, zaś za umowy krótkoterminowe – jednorazowo.
4. Terminy płatności rat składki ubezpieczeniowej ustala się w równych okresach liczonych od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia oraz określa się je w umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku PZU pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
7. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał do wiadomości PZU nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki wynikającej z różnicy pomiędzy składką, jaka należałaby się PZU gdyby podano dane prawdziwe a składką przyjętą w umowie ubezpieczenia. Postanowienia tego nie stosuje się do umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 19

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

USTALANIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 20

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego następuje na podstawie dostarczonych dokumentów lub informacji określonych w § 21 oraz wyników badań lekarskich.
3. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć nastąpiły nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU", zatwierdzonej uchwałą Zarządu PZU i obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU oraz na stronie internetowej PZU.
5. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po całkowitym zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
7. Jeżeli w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
8. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego były już upośledzone wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po zajściu wypadku ubezpieczeniowego a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym bezpośrednio przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.
9. W razie przewożenia większej liczby osób niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu, wysokość świadczeń dla każdej osoby oblicza się od sumy ubezpieczenia ustalonej ze stosunku łącznej sumy ubezpieczenia dla liczby osób równej liczbie miejsc określonych w dowodzie rejestracyjnym pojazdu do liczby faktycznie przewożonych osób.
10. Koszty, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5–8, podlegają zwrotowi pod warunkiem, że konieczność ich poniesienia zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a w przypadku kosztów rehabilitacji, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 7, dodatkowo pod warunkiem, że konieczność rehabilitacji powstała nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
11. Na zlecenie oraz na koszt PZU ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń. Niezależnie od świadczeń objętych NNW, PZU zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, przy czym koszty przejazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez PZU zasadności wyboru środka transportu.
12. Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na podstawie kilku umów ubezpieczenia zawartych z PZU, świadczenia przysługują z każdej umowy ubezpieczenia, jednak zwrot kosztów, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5–8, następuje do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.
13. Jeżeli PZU wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego nastąpi śmierć ubezpieczonego

będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, PZU wypłaca uposażonemu świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci określonej w umowie ubezpieczenia i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

14. W razie śmierci ubezpieczonego niebędącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu – ustalony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 21

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany:
1) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
2) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
3) starać się o złagodzenie skutków wypadku ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
4) powiadomić policję niezwłocznie w razie odniesienia obrażeń wskutek wypadku ubezpieczeniowego, o ile stan zdrowia ubezpieczonego na to pozwala;
5) dostarczyć PZU posiadane dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentację medyczną, rachunki i dowody ich zapłaty, a także – jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas zajścia wypadku ubezpieczeniowego – dokument uprawniający do kierowania pojazdem oraz dowód rejestracyjny pojazdu;
6) umożliwić PZU zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po zajściu wypadku ubezpieczeniowego;
7) poddać się badaniom, o których mowa w § 20 ust. 11 zdanie pierwsze;
8) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd – uzyskać od organizatora imprezy pisemne potwierdzenie zajścia takiego wypadku ubezpieczeniowego.

2. W razie śmierci ubezpieczonego uposażony zobowiązany jest przedłożyć PZU do wglądu odpis aktu zgonu oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu, jeśli jest uprawnionym do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 22 ust. 2 pkt 2, zobowiązana jest przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa z ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci.

3. PZU zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 22

1. Świadczenie z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w odniesieniu do małoletnich – przedstawicielowi ustawowemu, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Świadczenie z umowy ubezpieczenia wypłaca się z zastosowaniem następujących zasad:
1) koszty, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 8 wypłaca się osobie, która je poniosła;
2) świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu, a w razie braku uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
   a) małżonkowi,
   b) dzieciom w częściach równych; w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego udział jaki by przypadał temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych,
   c) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców,
   d) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadających im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego;

   wypłata świadczenia osobie lub osobom należącym do wyższej kategorii wyklucza wypłatę świadczenia osobie lub osobom należącym do niższej kategorii (kategorię najwyższą stanowi lit. a);
3) ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego;
4) w razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego PZU zwraca, w granicach sumy ubezpieczenia, udokumentowane koszty pogrzebu osobie, która je poniosła, przy czym koszty te zwracane są tylko wówczas, gdy nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 23

1. Świadczenie z umowy ubezpieczenia płatne jest w złotych polskich.

2. Jeżeli w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP, zostały poniesione koszty w walucie obcej, zwrot tych kosztów następuje w RP w złotych polskich przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu ustalenia kwoty podlegającej zwrotowi, na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT wraz z dowodami ich zapłaty.

OBOWIĄZKI PZU

§ 24

1. PZU dokonuje wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wypłata świadczenia następuje w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. PZU jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:

a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części świadczenia;

3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
a) osoby występującej z roszczeniem oraz
b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;

4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia;
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.

2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.

3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.

5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.

6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.

9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.

11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU SA to: reklamacje@pzu.pl.

13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach z konsumentem jest język polski.

14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 26

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego (OWU), które zostały ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałami Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu mechanicznego to dobrowolne ubezpieczenie osobowe – dział II, grupa 1 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczamy następstwa nieszczęśliwych wypadków, czyli uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć kierowcy lub pasażerów ubezpieczonego pojazdu – jeśli wypadek miał związek z ruchem lub używaniem tego pojazdu i zaszedł w okresie ubezpieczenia.
- ✓ Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość wypłaty. Suma ubezpieczenia jest ustalona na jednego ubezpieczonego i na każdy nieszczęśliwy wypadek – niezależnie od ich liczby.
- ✓ Sumę ubezpieczenia uzgadniamy z ubezpieczającym, czyli osobą, która zawiera umowę. Suma ubezpieczenia stanowi wielokrotność 1 000 zł – nie może być niższa niż 5 000 zł ani wyższa niż 100 000 zł dla jednego ubezpieczonego.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

O ile nie umówiono się inaczej, nie obejmujemy ochroną m.in.:

- ✗ samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych o ładowności do 750 kg wykorzystywanych jako taksówki osobowe lub do zarobkowego przewozu osób,
- ✗ pojazdów wynajmowanych zarobkowo w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów,
- ✗ pojazdów udostępnianych jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu,
- ✗ samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub ciężarowych o ładowności do 2 ton wykorzystywanych do przewozu przesyłek kurierskich,
- ✗ pojazdów wykorzystywanych do jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia.

Nie obejmujemy ochroną zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne ani szkody, które polegają na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in. za:

- ! następstwa chorób lub stanów chorobowych,
- ! następstwa nieszczęśliwego wypadku, jeśli wystąpił on:
- ! ponieważ ubezpieczony zatruł się alkoholem lub środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ! kiedy pasażer świadomie podjął jazdę z kierowcą, który prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – chyba że nie wpłynęło to na nieszczęśliwy wypadek,
- ! ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- ! ponieważ ubezpieczony kierował pojazdem bez uprawnień wymaganych prawem państwa, w którym wystąpił nieszczęśliwy wypadek,
- ! kiedy ubezpieczony kierował pojazdem niezarejestrowanym, bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub badania technicznego – jeśli ten pojazd musi być zarejestrowany lub mieć badania techniczne, a stan techniczny pojazdu wpłynął na nieszczęśliwy wypadek,
- ! w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat oraz w związku z użyciem pojazdu w celu popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Odpowiadamy za zdarzenia, które powstały w Polsce, innych krajach Europy, Algierii, Maroku, Izraelu lub Tunezji.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek:
- podać nam znane sobie okoliczności, o które pytamy przy zawarciu umowy,
- najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności, np. o przerejestrowaniu lub zbyciu pojazdu,
- najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o wypadku ubezpieczeniowym,
- ułatwić nam lub osobom działającym na nasze zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody,
- starać się o złagodzenie skutków wypadku ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- powiadomić policję niezwłocznie w razie odniesienia obrażeń wskutek wypadku ubezpieczeniowego, o ile stan zdrowia ubezpieczonego na to pozwala,
- dostarczyć nam posiadane dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentację medyczną, rachunki i dowody ich zapłaty, a także – jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas zajścia wypadku ubezpieczeniowego – dokument uprawniający do kierowania pojazdem oraz dowód rejestracyjny pojazdu,
- umożliwić nam zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po zajściu wypadku ubezpieczeniowego,
- poddać się badaniom, które zlecamy,
- w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd – uzyskać od organizatora imprezy pisemne potwierdzenie zajścia takiego wypadku ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
- w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy, jeżeli nie umówiono się inaczej, nasza odpowiedzialność rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty,
- w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym nasza odpowiedzialność rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż wraz z rozpoczęciem odpowiedzialności z umowy OC na ten sam pojazd.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
- z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia, a w przypadku umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym – z upływem okresu ubezpieczenia w umowie OC na ten sam pojazd, bądź w innych przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie OC,
- w dniu odstąpienia od umowy albo na skutek jej wypowiedzenia,
- w chwili przeniesienia własności pojazdu, chyba że zgodziliśmy się na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia,
- w chwili wyrejestrowania pojazdu lub zarejestrowania go za granicą,
- z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności,
- z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy, który prowadzi punkt zbierania pojazdów.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym, jeśli złoży oświadczenie w tym zakresie.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH W RUCHU ZAGRANICZNYM

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013
z dnia 24 grudnia 2013 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne . . . . . str. 1
Definicje . . . . . str. 1
Przedmiot ubezpieczenia . . . . . str. 2
Zakres terytorialny ubezpieczenia . . . . . str. 2
Zakres przedmiotowy ubezpieczenia . . . . . str. 2
Suma gwarancyjna . . . . . str. 2
Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . . . str. 2
Okres ubezpieczenia . . . . . str. 2
Początek i koniec odpowiedzialności PZU . . . . . str. 2
Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia . . . . . str. 3
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 3
Zwrot składki ubezpieczeniowej . . . . . str. 3
Postępowanie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego . . str. 3
Wypłata odszkodowania . . . . . str. 3
Obowiązki PZU . . . . . str. 3
Roszczenia regresowe . . . . . str. 4
Postanowienia końcowe . . . . . str. 4

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 10, § 15, § 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 10, § 15, § 18

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym dla klienta korporacyjnego (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU") z:
   1) osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą,
   2) osobami prawnymi,
   3) jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi,

   posiadającymi co najmniej 20 pojazdów wykorzystywanych do działalności gospodarczej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest zawarcie z PZU umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego dotyczącej tego samego pojazdu.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. PZU zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 3

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:
1) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
2) **kierowca** – kierujący pojazdem;
3) **OC** – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
4) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 4;
5) **Porozumienie Wielostronne** – umowa zawarta między biurami narodowymi z państw członkowskich Unii Europejskiej, państw Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz państw stowarzyszonych, określająca wzajemne stosunki między biurami narodowymi;

6) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
7) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
8) **suma gwarancyjna** – określona w OWU kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na jeden wypadek ubezpieczeniowy, który zaszedł w okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę poszkodowanych, ustalana odrębnie dla szkód na osobie i szkód w mieniu;
9) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
10) **ubezpieczający** - osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
11) **ubezpieczony** – posiadacz pojazdu lub kierowca;
12) **umowa OC** – umowa ubezpieczenia OC zawarta z PZU;
13) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
14) **wypadek ubezpieczeniowy** – zdarzenie, w wyniku którego w związku z ruchem pojazdu została wyrządzona osobie trzeciej szkoda, za którą odpowiedzialność cywilną ponosi posiadacz tego pojazdu lub kierowca;
15) **ZK** – ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego zarejestrowanego w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym, za szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z ruchem tego pojazdu za granicą RP, z zastrzeżeniem § 5.

ZAKRES TERYTORIALNY UBEZPIECZENIA

§ 5

Ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły za granicą RP na terytorium państw, których biura narodowe są Członkami Systemu Zielonej Karty, ale nie są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego, tj. państw na terytorium których zajście wypadku ubezpieczeniowego nie jest objęte OC.

ZAKRES PRZEDMIOTOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Zakresem ZK objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim przez posiadacza lub kierowcę w związku z ruchem pojazdu mechanicznego na terytorium państw, o których mowa w § 5, wskazanych w umowie ubezpieczenia.
2. Odszkodowanie ustala się w zakresie ochrony wymaganej przepisami prawa obowiązującymi w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.
3. Jeżeli poszkodowany i posiadacz lub kierowca są obywatelami polskimi i mają miejsce zamieszkania w RP, a roszczenie zostało zgłoszone w RP, PZU ponosi odpowiedzialność na zasadach określonych przepisami prawa polskiego, o ile przepisy prawa obowiązujące w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, przewidują taką właściwość.

SUMA GWARANCYJNA

§ 7

1. Sumę gwarancyjną ustala się w wysokości równej sumie gwarancyjnej przyjętej w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu.
2. Równowartość sumy gwarancyjnej w złotych polskich ustala się przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu wyrządzenia szkody.
3. Jeżeli suma gwarancyjna przewidziana przepisami prawa obowiązującymi w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, jest niższa od sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia, PZU ponosi odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej określonej w umowie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na wniosek ubezpieczającego.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia oraz Międzynarodową Kartą Ubezpieczenia Samochodowego.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie danych zgłaszanych przez ubezpieczającego. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od udokumentowania tych danych.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
7. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4–6, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4–6 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
8. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dokonania indywidualnej oceny ryzyka.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 9

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy albo na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe), z tym że okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 15 dni.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 10

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty oraz nie wcześniej niż z chwilą przekroczenia granicy pierwszego z państw objętych umową ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
   2) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
   3) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
   4) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem natychmiastowym umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 5;
   5) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 11;
   6) w przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla

wygaśnięcia ochrony w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu, z wyjątkiem przypadku upływu okresu, na który została zawarta umowa OC dotycząca tego samego pojazdu.

§ 11

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU 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.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia następuje na zasadach określonych przepisami prawa polskiego dla przeniesienia praw z umowy OC.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, okresu ubezpieczenia oraz zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu.
4. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty składki uważa się dzień uznania rachunku PZU pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 14

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 15

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
   2) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
   3) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
   4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU pomocy dostarczając informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.
2. Poza obowiązkami wynikającymi z ust. 1:
   1) kierowca jest zobowiązany ponadto:
      a) przedsięwziąć środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego, starać się o złagodzenie jego skutków oraz zapewnić pomoc lekarską poszkodowanym, jak również w miarę możliwości zabezpieczyć mienie poszkodowanych,
      b) udzielić poszkodowanym niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji ubezpieczyciela, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej umowy ubezpieczenia,
      c) w razie zderzenia z innym pojazdem ustalić w miarę możliwości nazwę ubezpieczyciela, z którym posiadacz tego pojazdu zawarł umowę ubezpieczenia OC,
      d) powiadomić policję, o ile doszło do wypadku ubezpieczeniowego z ofiarami w ludziach lub o wypadku ubezpieczeniowym, który zaszedł w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
   2) posiadacz pojazdu lub kierowca jest zobowiązany ponadto:
      a) w razie wystąpienia z roszczeniem bezpośrednio do posiadacza pojazdu lub kierowcy, powiadomić o tym fakcie PZU nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia roszczenia oraz dostarczyć dokumenty dotyczące okoliczności wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody,
      b) nie podejmować w imieniu PZU zobowiązań w stosunku do osób zgłaszających roszczenie, ani też nie składać w imieniu PZU oświadczeń o przyjęciu odpowiedzialności za wyrządzoną szkodę,
      c) niezwłocznie powiadomić PZU, jeżeli poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową przeciwko posiadaczowi pojazdu lub kierowcy oraz na żądanie PZU udzielić pełnomocnictwa procesowego osobie wskazanej przez PZU,
      d) niezwłocznie powiadomić PZU, jeżeli przeciwko posiadaczowi pojazdu lub kierowcy zostało wszczęte postępowanie karne, karnoadministracyjne lub inne o podobnym charakterze.
3. Kierowca zobowiązany jest posiadać dokumenty wymienione w § 8 ust. 2 i okazywać je na żądanie organów kontrolnych.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 16

Odszkodowanie wypłaca się w walucie obowiązującej w państwie, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.

OBOWIĄZKI PZU

§ 17

1. PZU dokonuje wypłaty odszkodowania w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, wypłata odszkodowania następuje w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania PZU wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. PZU jest zobowiązany:
   1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;

2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 18

1. PZU przysługuje prawo dochodzenia od kierowcy zwrotu wypłaconego odszkodowania, jeżeli kierowca:
   1) wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
   3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;
   4) zbiegł z miejsca wypadku ubezpieczeniowego.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków dotyczących powiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym lub zgłoszeniu roszczeń odszkodowawczych przez poszkodowanego, PZU może dochodzić od kierowcy lub posiadacza pojazdu zwrotu części wypłaconego odszkodowania, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.

2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.

3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.

5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.

6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.

7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.

8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.

9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.

10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.

11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU to: reklamacje@pzu.pl.

13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach w konsumentem jest język polski.

14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 20

1. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym (OWU), które zostały ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałami Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych w ruchu zagranicznym to ubezpieczenie, które należy do działu II, grupy 10 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczamy odpowiedzialność cywilną posiadacza lub kierowcy pojazdu mechanicznego zarejestrowanego w Polsce (dalej: pojazd), jeśli w okresie ubezpieczenia wyrządzi on osobom trzecim szkody w związku z ruchem pojazdu za granicą.
Odszkodowanie ustala się zgodnie z zakresem ochrony, która jest wymagana przepisami obowiązującymi w państwie, w którym powstała szkoda. Jeśli poszkodowany i ubezpieczony są obywatelami polskimi, mieszkają w Polsce i roszczenie zostało zgłoszone w Polsce, to ponosimy odpowiedzialność na zasadach określonych przepisami prawa polskiego – o ile przepisy prawa, które obowiązują w państwie, gdzie powstała szkoda, przewidują taką właściwość.
Za szkody odpowiadamy do wysokości sumy gwarancyjnej, która jest określona przepisami prawa państwa, w którym powstała szkoda, nie niższej jednak niż suma określona w „Ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych".
Kwoty w euro przeliczamy przy zastosowaniu kursu średniego Narodowego Banku Polskiego, który obowiązywał w dniu powstania szkody.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje szkód, które polegają na awarii lub uszkodzeniu pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in. za szkody, jeśli ubezpieczony nie ma certyfikatu Zielonej Karty – nie wystąpił do nas o wystawienie certyfikatu przed wyjazdem za granicę.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje w: Albanii, Azerbejdżanie, na Białorusi, w Bośni i Hercegowinie, Czarnogórze, Iranie, Izraelu, Macedonii, Maroku, Mołdawii, Rosji, Turcji, Tunezji i na Ukrainie.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ma obowiązek podać nam znane sobie okoliczności, o które pytamy przy zawarciu umowy.
- Powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności, np. o przerejestrowaniu lub zbyciu pojazdu.
- Ma obowiązek podać poszkodowanym nasze dane oraz dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Jeśli nie umówiliśmy się inaczej, to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od następnego dnia po zawarciu umowy – nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty oraz nie wcześniej niż z chwilą przekroczenia granicy pierwszego z państw objętych umową ubezpieczenia.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
- z końcem okresu ubezpieczenia,
- w dniu odstąpienia od umowy albo na skutek jej wypowiedzenia,
- w przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla wygaśnięcia ochrony w umowie OC dotyczącej tego samego pojazdu, z wyjątkiem przypadku upływu okresu, na który została zawarta umowa OC dotycząca tego samego pojazdu.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może rozwiązać umowę m.in. poprzez odstąpienie od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy. Może to zrobić:
- w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą,
- w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PZU AutoSzyba

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne . . . . . str. 2
Definicje . . . . . str. 2
Przedmiot ubezpieczenia . . . . . str. 2
Zakres terytorialny . . . . . str. 3
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 3
Koszty dodatkowe . . . . . str. 3
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 3
Suma ubezpieczenia . . . . . str. 4
Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . . . str. 4
Okres ubezpieczenia . . . . . str. 4
Początek i koniec odpowiedzialności PZU . . . . . str. 4
Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia . . . . . str. 5
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 5
Zwrot składki ubezpieczeniowej . . . . . str. 5
Ustalenie kosztów usług assistance . . . . . str. 5
Postępowanie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego . . . . . str. 6
Obowiązki PZU . . . . . str. 6
Roszczenia regresowe . . . . . str. 7
Postanowienia końcowe . . . . . str. 7

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 10, § 11 ust. 4–6, § 14, § 15, § 17, § 20, § 21 ust. 1, § 22, § 24
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, § 3, § 6, § 7 ust. 2–3, § 9, § 10, § 11 ust. 7, § 12, § 14, § 15, § 17, § 20, § 21 ust. 2, § 24 ust. 3

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,
kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ogólne warunki ubezpieczenia PZU AutoSzyba dla klienta korporacyjnego (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU") z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, posiadającymi co najmniej 20 pojazdów wykorzystywanych do działalności gospodarczej.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. PZU zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 3

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:

1) **AC** – ubezpieczenie autocasco;
2) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
3) **koszt naprawy lub wymiany szyby** – koszt szyby i usługi polegającej na zamontowaniu szyby lub naprawieniu szyby, w tym koszty wymiany lub naprawy elementów na stałe związanych z szybą: uszczelki, listwy, uchwyty, ogrzewanie – o ile uszkodzenia lub zniszczenia tych elementów powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub ich wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby, z wyłączeniem kosztów innych napraw w pojeździe;
4) **MC** – ubezpieczenie minicasco;
5) **OC** – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
6) **osoba uprawniona do korzystania z pojazdu**:
   a) korzystający z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorca, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania albo
   b) inna niż określona w lit. a osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą właściciela, w szczególności na podstawie umowy użyczenia, przechowania, komisu, w ramach stosunku pracy albo
   c) osoba, która faktycznie włada pojazdem za zgodą osoby, o której mowa w lit. a albo lit. b, albo
   d) osoba, której osoba określona w lit. a, lit. b albo lit. c, zezwoliła grzecznościowo na jednorazowe, krótkotrwałe skorzystanie z pojazdu;
7) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki, o których mowa w § 4 i § 5;
8) **przedstawiciel PZU** – przedsiębiorca współpracujący z PZU, świadczący usługi assistance objęte PAS;
9) **PZU Pomoc** – jednostka działająca na rzecz PZU, do której ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu, zobowiązany jest zgłosić zajście wypadku ubezpieczeniowego objętego PAS; zgłoszenie to może nastąpić telefonicznie pod numerami wskazanymi w dokumencie ubezpieczenia lub z zastosowaniem formularza zgłoszenia szkody dostępnego na stronie internetowej www.pzu.pl; PZU Pomoc działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu;
10) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
11) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
12) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia;
13) **szkoda eksploatacyjna** – szkoda powstała w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia;
14) **szyba porównywalnej jakości** – szyba zamienna, której producent zaświadcza, że jest tej samej jakości co szyba stosowana do montażu pojazdu danej marki przez jego producenta;
15) **ubezpieczający** – osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
16) **ubezpieczony** – osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia, właściciel pojazdu;
17) **udział własny** – przewidziana w OWU lub w umowie ubezpieczenia, wyrażona procentowo w stosunku do kosztów usług assistance, kwota pomniejszająca kwotę pokrywanych przez PZU kosztów tych usług, stanowiąca ryzyko własne ubezpieczonego;
18) **umowa AC** – umowa ubezpieczenia AC zawarta z PZU;
19) **umowa MC** – umowa ubezpieczenia MC zawarta z PZU;
20) **umowa OC** – umowa ubezpieczenia OC zawarta z PZU;
21) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają OWU;
22) **wypadek ubezpieczeniowy** – uszkodzenie lub zniszczenie w pojeździe szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów usług assistance polegających na naprawie lub wymianie szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu, zamontowanej w pojeździe:
   1) zarejestrowanym w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym;
   2) niezarejestrowanym, lecz podlegającym rejestracji w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym w przypadku, gdy ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w RP,

   z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia nie może dotyczyć:
   1) samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub innych o ładowności do 750 kg, wykorzystywanych jako taksówki osobowe lub do zarobkowego przewozu osób;
   2) pojazdów wynajmowanych zarobkowo w ramach działalności gospodarczej w zakresie wynajmu pojazdów;
   3) pojazdów udostępnianych jako zastępcze na zasadach innych niż wynajem pojazdu;
   4) samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego lub ciężarowych o ładowności do 2 ton wykorzystywanych do przewozu przesyłek kurierskich;

5) pojazdów wykorzystywanych do jazd interwencyjnych lub patrolowych w ramach działalności gospodarczej polegającej na ochronie osób lub mienia.

§ 5

Umowa ubezpieczenia może dotyczyć następujących rodzajów pojazdów, o których mowa w § 4 ust. 1:

1) samochody osobowe;
2) samochody ciężarowe;
3) autobusy.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 6

Organizacja naprawy lub wymiany szyb w pojeździe wykonywana jest przez PZU tylko na terytorium RP. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego za granicą RP ubezpieczony może we własnym zakresie zlecić za granicą RP naprawę lub wymianę szyby w pojeździe, wówczas PZU zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty naprawy lub wymiany szyby.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Zakresem ubezpieczenia objęta jest organizacja i pokrycie kosztów usług assistance, o których mowa w ust. 2, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia.

2. Zakresem ubezpieczenia objęta jest organizacja i pokrycie kosztów usług assistance polegających na naprawie lub wymianie szyby: czołowej, bocznej lub tylnej, o ile nie stanowi ona integralnej części dachu pojazdu, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w umowie ubezpieczenia zastosowanie ma udział własny w wysokości 30% kosztów usług assistance, o których mowa w ust. 2, dla szkody powstałej wskutek drugiego i każdego następnego wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł w okresie ubezpieczenia.

KOSZTY DODATKOWE

§ 8

PZU zobowiązany jest zwrócić w granicach sumy ubezpieczenia koszty:

1) wynikłe z zastosowania, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, środków podjętych w celu ratowania szyb pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
2) dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w § 22 pkt 6.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Ubezpieczeniem nie są objęte wypadki ubezpieczeniowe:

1) spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, chyba że w razie rażącego niedbalstwa realizacja świadczeń przewidzianych w OWU odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
2) spowodowane umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
3) powstałe podczas kierowania pojazdem przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:
   a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego lub
   b) nieposiadającego uprawnień do kierowania pojazdem, wymaganych prawem państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
4) powstałe podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
5) spowodowane działaniami wojennymi lub powstałe w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także zaistniałe wskutek udziału ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu lub sabotażu;
6) powstałe w związku z używaniem pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
7) powstałe wskutek używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
8) powstałe wskutek niewłaściwego załadowania lub przewożenia ładunku lub bagażu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
9) powstałe podczas kierowania pojazdem wykorzystywanym do nauki jazdy;
10) powstałe podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd;
11) powstałe w wyniku szkód eksploatacyjnych;
12) powstałe w trakcie wykonywania naprawy pojazdu;
13) powstałe w wyniku wad fabrycznych szyb polegających na wadliwości surowca lub defektach produkcyjnych.

2. Ponadto PAS nie obejmuje:

1) uszkodzenia lub zniszczenia w innych niż szyba czołowa, tylna niestanowiąca integralnej części dachu pojazdu lub szyba boczna, szklanych elementach pojazdu: szyberdachu, szkle reflektora, lusterku, dachu szklanym;
2) uszkodzenia lub zniszczenia nalepki kontrolnej;
3) uszkodzenia lub zniszczenia elementu na stałe związanego z szybą: uszczelki, listwy, uchwytu, ogrzewania, chyba że jego uszkodzenie lub zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub gdy jego wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby;
4) uszkodzenia lub zniszczenia elementów pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane na stałe z szybą: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa.

3. PZU nie zwraca kosztów usług assistance poniesionych przez ubezpieczonego, w przypadku gdy usługi te nie zostały zorganizowane przez PZU Pomoc, z zastrzeżeniem § 6 zdanie drugie i § 20 ust. 4.
4. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, suma ubezpieczenia określana jest przez PZU w uzgodnieniu z ubezpieczającym, przy czym nie może być wyższa niż 10 000 zł.
2. Minimalna suma ubezpieczenia dla usług assistance związanych z poszczególnymi rodzajami pojazdów wynosi:
   1) w przypadku samochodów osobowych, ciężarowych w nadwoziu osobowego (bez względu na ładowność) lub innych samochodów ciężarowych o ładowności do 750 kg – 2 000 zł;
   2) w przypadku samochodów ciężarowych o ładowności powyżej 750 kg i dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony – 3 000 zł;
   3) w przypadku samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony – 8 000 zł;
   4) w przypadku autobusów – 10 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o każdą kwotę wypłaconą przez PZU na pokrycie kosztów usług assistance.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na wniosek ubezpieczającego.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie danych zgłaszanych przez ubezpieczającego. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od udokumentowania tych danych.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
7. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4–6, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4–6 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 12

1. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dokonania indywidualnej oceny ryzyka, identyfikacji pojazdu wraz z jego wyposażeniem lub od dokonania oględzin pojazdu w terminie uzgodnionym z ubezpieczającym.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest jednoczesne zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu, umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy MC dotyczącej tego samego pojazdu.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 13

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy albo na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 14

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku ustalenia przez ubezpieczającego i PZU terminu dokonania identyfikacji pojazdu lub oględzin pojazdu, o których mowa w § 12 ust. 1, przypadającego po zawarciu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po dokonaniu tej identyfikacji lub tych oględzin. W przypadku niedokonania identyfikacji lub oględzin pojazdu w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, lub innym uzgodnionym przez PZU i ubezpieczającego, z przyczyn leżących po stronie ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym identyfikacja lub oględziny miały być dokonane.

§ 15

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
2) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia wskutek zrealizowania świadczeń przewidzianych w OWU;
3) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
4) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności;
5) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem natychmiastowym umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 5;
6) z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 17;

7) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 16;
8) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności;
9) z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia PZU oświadczenia ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
10) z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
11) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów.

§ 16

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 17

1. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na jego nabywcę.
2. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na dotychczasowego posiadacza będącego osobą, o której mowa w § 3 pkt 6 lit. a, nie wymaga zgody PZU.
3. W przypadku przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, zbywca lub nabywca pojazdu najpóźniej w dniu jego zbycia zobowiązany jest zawiadomić PZU o fakcie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, dostarczając do PZU dokument potwierdzający przeniesienie tych praw. PZU potwierdza przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu w formie pisemnej.
4. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na osoby inne niż wskazane w ust. 2 wymaga zgody PZU.
5. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki ubezpieczeniowej przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.
6. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.
7. Postanowień ust. 1–6 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku ubezpieczeniowego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu, umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy MC dotyczącej tego samego pojazdu.
4. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku PZU pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
6. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał do wiadomości PZU nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki ubezpieczeniowej wynikającej z różnicy pomiędzy składką ubezpieczeniową, jaka należałaby się PZU gdyby podano dane prawdziwe a składką ubezpieczeniową przyjętą w umowie ubezpieczenia. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego roszczenie PZU o dopłatę różnicy składki ubezpieczeniowej staje się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu realizacji świadczenia.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 19

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

USTALENIE KOSZTÓW USŁUG ASSISTANCE

§ 20

1. Objęta PAS usługa assistance przysługuje, jeżeli istnieje techniczna możliwość naprawy albo wymiany uszkodzonej szyby w pojeździe, przy czym do wymiany stosuje się szybę porównywalnej jakości.
2. Jeżeli koszt wymiany lub naprawy szyby przekracza sumę ubezpieczenia oraz w przypadku zastosowania udziału własnego, o którym mowa w § 7 ust. 3, warunkiem rozpoczęcia wykonywania usługi jest pokrycie przez ubezpieczonego różnicy między rzeczywistymi kosztami tej usługi a kwotą, do której PZU ponosi odpowiedzialność.
3. Jeżeli kwota, do której PZU ponosi odpowiedzialność nie wystarcza na pokrycie przez PZU w całości kosztów wymiany lub naprawy szyby w pojeździe, a ubezpieczony nie wyraża zgody na pokrycie różnicy, o której mowa w ust. 2, wówczas PZU wypłaca ubezpieczonemu odszkodowanie w kwocie, do której PZU ponosi odpowiedzialność.
4. W przypadku:
   1) gdy przedstawiciel PZU nie dokona naprawy lub wymiany szyby w pojeździe w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia w PZU zajścia wypadku ubezpieczeniowego i pozostawienia pojazdu do dyspozycji przedstawiciela PZU w celu wykonania usługi lub
   2) gdy powiadomienie PZU Pomoc w sposób określony w § 22 pkt 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, osoby uprawnionej do korzystania

z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób lub
3) braku możliwości wymiany szyby przez przedstawiciela PZU spowodowanego brakiem szyby porównywalnej jakości do szyby, której dotyczył wypadek ubezpieczeniowy,

ubezpieczony może zlecić wykonanie usługi we własnym zakresie, a PZU zwraca ubezpieczonemu poniesione koszty naprawy lub wymiany szyby.

5. Zwrot kosztów naprawy lub wymiany szyby w przypadku, o którym mowa w ust. 4 i § 6 zdanie drugie, następuje na podstawie rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

6. Odszkodowanie, o którym mowa w ust. 3, w tym zwrot kosztów, o których mowa w ust. 4, § 6 zdanie drugie oraz § 8, płatne jest w złotych polskich.

7. Jeżeli w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP, zostały poniesione koszty w walucie obcej, zwrot tych kosztów następuje w RP w złotych polskich przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu ustalenia kwoty podlegającej zwrotowi, na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT wraz z dowodami ich zapłaty.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 21

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany:
1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania szyb pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
2) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
3) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU pomocy dostarczając informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 22

Poza obowiązkami wynikającymi z § 21, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany:
1) przed podjęciem działań we własnym zakresie – niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, zawiadomić o nim telefonicznie PZU Pomoc;
2) podać PZU Pomoc następujące informacje:
   a) markę, model i numer rejestracyjny pojazdu oraz ewentualnie inne dane niezbędne do identyfikacji tego pojazdu,
   b) numer telefonu, pod którym można kontaktować się z osobą zawiadamiającą o wypadku ubezpieczeniowym,
   c) opis wypadku ubezpieczeniowego;
3) nie podejmować naprawy lub wymiany szyby w pojeździe we własnym zakresie, z zastrzeżeniem § 6 zdanie drugie i § 20 ust. 4;
4) przedstawić na żądanie PZU zdjęcia uszkodzonej szyby – w przypadkach, o których mowa w § 6 zdanie drugie i § 20 ust. 4;
5) przedstawić PZU dowody poniesienia kosztów w przypadkach, o których mowa w § 6 zdanie drugie, § 8 i § 20 ust. 4;
6) przeprowadzić wymagane przepisami prawa dodatkowe badanie techniczne pojazdu po jego naprawie oraz poinformować PZU o przeprowadzeniu tego badania.

OBOWIĄZKI PZU

§ 23

1. PZU dokonuje zwrotu kosztów, o których mowa w § 6 zdanie drugie, § 8 i § 20 ust. 4, oraz wypłaty odszkodowania, o którym mowa w § 20 ust. 3, w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości kosztów podlegających zwrotowi lub wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, zwrot poniesionych kosztów lub odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część kosztów podlegających zwrotowi lub odszkodowanie wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. PZU jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;

4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 24

1. Z dniem zrealizowania przez PZU świadczenia przewidzianego w OWU, roszczenie ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na PZU do wysokości zrealizowanego świadczenia. Jeżeli PZU pokrył tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami PZU.
2. Nie przechodzą na PZU roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub osobom uprawnionym do korzystania z pojazdu na postawie umowy użyczenia.
3. Jeżeli ubezpieczony zrzekł się roszczenia do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, PZU może odmówić realizacji świadczeń przewidzianych w OWU w całości lub w części. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po zrealizowaniu przez PZU świadczeń przewidzianych w OWU, wówczas PZU przysługuje prawo dochodzenia od ubezpieczonego zwrotu całości lub części kosztów zrealizowanych świadczeń.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU to: reklamacje@pzu.pl.
13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach z konsumentem jest język polski.
14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 26

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie PZU AutoSzyba

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: PZU AutoSzyba

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU AutoSzyba (OWU), które zostały ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałami Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie PZU AutoSzyba to dobrowolne ubezpieczenie majątkowe – dział II, grupa 18 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Organizujemy i pokrywamy koszty usługi wymiany lub naprawy w pojeździe:

- ✓ uszkodzonej szyby czołowej, tylnej lub bocznej – jeśli żadna z nich nie jest integralną częścią dachu pojazdu,
- ✓ uszczelek, listew, uchwytu i ogrzewania – jeśli zostały uszkodzone wraz z szybą lub trzeba je wymienić, żeby naprawić szybę.

Robimy to, o ile uszkodzenie wystąpiło w okresie ubezpieczenia i powstało niezależnie od ubezpieczonego.
Koszt pierwszego uszkodzenia szyby pokrywamy w całości.
Przy drugim i kolejnym uszkodzeniu w trakcie trwania tej samej umowy ubezpieczony pokrywa 30% wszystkich kosztów usługi – w tym kosztów szyby, uszczelek, listew, uchwytu i ogrzewania – tzw. udział własny.
Do wymiany jest stosowana szyba alternatywna. Jest to szyba o porównywalnej jakości z oryginalną, ale dystrybuowana poza siecią oficjalnego producenta lub importera pojazdu.
Suma ubezpieczenia jest określona w umowie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności za szkody w okresie ubezpieczenia. Ulega pomniejszeniu o każdą wypłaconą kwotę.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie obejmujemy ochroną wymiany szyby na oryginalną.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in. za szkody:

- ! które powstały w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia,
- ! które polegają na uszkodzeniu lub zniszczeniu elementów na stałe związanych z szybą: uszczelek, listew, uchwytów, ogrzewania – chyba że ich uszkodzenie lub zniszczenie powstało jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem szyby lub jego wymiana wynika z technologii naprawy lub wymiany szyby,
- ! polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu elementów pojazdu, które nie stanowią integralnego elementu konstrukcyjnego szyby, a są związane na stałe z szybą, np.: folie antywłamaniowe lub przyciemniające, instalacja alarmowa, czujnik deszczu.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Usługę naprawy lub wymiany szyby zapewniamy w Polsce. Jeśli do uszkodzenia szyby dojdzie za granicą i tam będzie konieczna jej naprawa lub wymiana, zwracamy poniesione koszty.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ma obowiązek podać nam znane sobie okoliczności, o które pytamy przy zawarciu umowy.
- Powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności, np. o przerejestrowaniu lub zbyciu pojazdu.
- Ma obowiązek najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o zdarzeniu.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Jeśli nie umówiliśmy się inaczej, to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od następnego dnia po zawarciu umowy – nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
Dodatkowo pojazd może zostać wytypowany do oględzin, których dokonanie może warunkować powstanie ochrony.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:

- z końcem okresu ubezpieczenia,
- w dniu odstąpienia od umowy albo na skutek jej wypowiedzenia,
- jeśli suma ubezpieczenia się wyczerpie,
- w chwili przeniesienia własności pojazdu, chyba że zgodziliśmy się na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia,
- w chwili wyrejestrowania pojazdu lub zarejestrowania go za granicą.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może rozwiązać umowę m.in. poprzez odstąpienie od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy. Może to zrobić:

- w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą,
- w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PZU Auto Pomoc

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne . . . . . str. 2
Definicje . . . . . str. 2
Przedmiot ubezpieczenia . . . . . str. 3
Zakres terytorialny . . . . . str. 3
Zakres ubezpieczenia . . . . . str. 3
Wariant Super . . . . . str. 3
Wariant Komfort . . . . . str. 5
Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia . . . . . str. 7
Wyłączenia odpowiedzialności . . . . . str. 7
Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . . . str. 8
Okres ubezpieczenia . . . . . str. 8
Początek i koniec odpowiedzialności PZU . . . . . str. 8
Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia . . . . str. 9
Składka ubezpieczeniowa . . . . . str. 9
Zwrot składki ubezpieczeniowej . . . . . str. 9
Postępowanie w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego . . . . . str. 9
Obowiązki PZU . . . . . str. 10
Roszczenia regresowe . . . . . str. 11
Postanowienia końcowe . . . . . str. 11

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 3, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 12 ust. 5–7, § 14, § 15, § 16, § 18, § 21 ust. 1, § 22
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3, § 3, § 6, § 7 ust. 5–9, § 8, § 9, § 11, § 12 ust. 8, § 14, § 15, § 16, § 18, § 21 ust. 2, § 22 ust. 2, 4 i 5, § 24 ust. 3

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ogólne warunki ubezpieczenia PZU Auto Pomoc (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną (zwaną dalej „PZU"):

1) z osobami fizycznymi – z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość z zastosowaniem przesłanego przez PZU blankietu (system uproszczony);
2) z osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, posiadającymi co najmniej 20 pojazdów wykorzystywanych do działalności gospodarczej – przy jednoczesnej obecności obu stron umowy ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem § 13 ust. 2 i 3.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.

2. PZU zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

DEFINICJE

§ 3

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:

1) **AC** – ubezpieczenie autocasco;
2) **awaria pojazdu** – wynikające z przyczyny wewnętrznej, nagłe i niespodziewane:
   a) zatrzymanie funkcjonowania elementu mechanicznego, elektronicznego, elektrycznego, pneumatycznego lub hydraulicznego pojazdu lub
   b) zatrzymanie funkcjonowania lub uszkodzenie elementów połączonych lub współpracujących z elementem, który uległ awarii;

   za awarię pojazdu uważa się tylko te spośród wymienionych powyżej okoliczności, które powodują unieruchomienie pojazdu lub awarię oświetlenia zewnętrznego, wycieraczek, pasów bezpieczeństwa, autoalarmu, lub zamarznięcie paliwa; za awarię pojazdu nie uważa się rozładowania akumulatora, przepalenia żarówki i awarii ogumienia;
3) **awaria ogumienia** – wynikające z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej przebicie lub wystrzelenie opony lub dętki, niesprawne wentyle, uchodzenie powietrza z opony lub dętki;
4) **dokument ubezpieczenia** – polisa bądź inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
5) **inny pojazd** – pojazd unieruchomiony w związku z ruchem pojazdu, którego dotyczy PAP, gdy odpowiedzialność za szkodę ponosi posiadacz pojazdu, którego dotyczy PAP, objęty jednocześnie przez PZU ochroną ubezpieczeniową w zakresie OC tego pojazdu;
6) **kierowca** – kierujący pojazdem;
7) **kradzież** – zabranie mienia w celu jego przywłaszczenia przez osobę niebędącą osobą uprawnioną do korzystania z tego mienia;
8) **miejsce zamieszkania (siedziba)**:
   a) jeżeli właścicielem oraz posiadaczem pojazdu jest ta sama osoba – adres w RP wskazany w umowie ubezpieczenia jako miejsce zamieszkania (siedziba) właściciela pojazdu,
   b) jeżeli posiadaczem pojazdu jest osoba będąca korzystającym z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorca, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania – adres w RP wskazany w umowie ubezpieczenia jako miejsce zamieszkania (siedziba) posiadacza pojazdu;
9) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
10) **naprawa na miejscu** – usunięcie przez przedstawiciela PZU usterki technicznej w pojeździe w zakresie niezbędnym do kontynuowania jazdy, bez konieczności holowania pojazdu do warsztatu;
11) **OC** – obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
12) **PAP** – ubezpieczenie PZU Auto Pomoc;
13) **pojazd** – pojazd wskazany w umowie ubezpieczenia, spełniający warunki określone w § 5;
14) **przedstawiciel PZU** – przedsiębiorca współpracujący z PZU, świadczący usługi assistance;
15) **przepalenie żarówki** – całkowite zużycie żarówki świateł: mijania, hamowania, tylnych pozycyjnych, cofania, kierunkowskazu, oświetlających tylną tablicę rejestracyjną;
16) **PZU Pomoc** – jednostka działająca na rzecz PZU, do której ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu, zobowiązany jest zgłosić zajście wypadku ubezpieczeniowego; zgłoszenie to może nastąpić telefonicznie pod numerami wskazanymi w dokumencie ubezpieczenia; PZU Pomoc działa 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu;
17) **rozładowanie akumulatora** – rozładowanie akumulatora z przyczyn niewynikających z jego zużycia eksploatacyjnego, po którym możliwe jest jego doładowanie i dalsze użytkowanie bez konieczności ponownego doładowywania ze źródła pochodzącego z zewnątrz pojazdu;
18) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
19) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;
20) **składka ubezpieczeniowa** – wynagrodzenie należne PZU z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej;
21) **szkoda eksploatacyjna** – szkoda powstała w wyniku zużycia, korozji, utlenienia lub zawilgocenia pojazdu, jego części lub wyposażenia;
22) **szkoda kradzieżowa** – kradzież pojazdu, jego części lub wyposażenia, lub uszkodzenie pojazdu w następstwie jego zabrania w celu krótkotrwałego użycia, kradzieży pojazdu, jego części lub wyposażenia;
23) **ubezpieczający** – osoba zawierająca z PZU umowę ubezpieczenia;
24) **ubezpieczony** – osoba, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia: niewskazany imiennie kierowca lub pasażer pojazdu;
25) **umowa AC** – umowa ubezpieczenia AC zawarta z PZU;
26) **umowa OC** – umowa ubezpieczenia OC zawarta z PZU;
27) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają OWU, zawarta z PZU;
28) **umowa ubezpieczenia w systemie uproszczonym** – umowa ubezpieczenia zawarta z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość z zastosowaniem przesłanego przez PZU blankietu;
29) **unieruchomienie pojazdu** – brak możliwości poruszania się pojazdem w następstwie zajścia okoliczności powodujących niewłaściwe funkcjonowanie pojazdu lub uniemożliwiających jazdę w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ustawy Prawo o ruchu drogowym;
30) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu, które zagraża życiu ubezpieczonego albo może

powodować w krótkim czasie poważne pogorszenie się jego stanu zdrowia lub zagrażać jego życiu, jeżeli nie zostanie mu szybko udzielona odpowiednia pomoc medyczna;

31) **wypadek** – zdarzenie, w wyniku którego pojazd został unieruchomiony, z wyłączeniem kradzieży pojazdu, awarii pojazdu, awarii ogumienia, przepalenia żarówki, rozładowania akumulatora, użycia niewłaściwego paliwa; za wypadek uważa się w szczególności kolizję, szkodę kradzieżową niebędącą kradzieżą pojazdu, włamanie lub uszkodzenie pojazdu, które powodują unieruchomienie pojazdu;
32) **wypadek ubezpieczeniowy** – następujące zdarzenia:
   a) wypadek,
   b) awaria pojazdu,
   c) awaria ogumienia,
   d) przepalenie żarówki,
   e) rozładowanie akumulatora,
   f) kradzież pojazdu,
   g) wyczerpanie paliwa,
   h) użycie niewłaściwego paliwa,
   i) zatrzaśnięcie kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu,
   j) zniszczenie, kradzież, zagubienie lub utrata z innych przyczyn kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu,
   k) uszkodzenie ciała lub śmierć ubezpieczonego powstałe w związku z ruchem pojazdu lub podczas używania pojazdu,
   l) nagłe zachorowanie kierowcy.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja oraz pokrycie przez PZU kosztów usług assistance wymienionych w § 8 lub § 9, dotyczących pojazdu, o którym mowa w § 5 lub innego pojazdu.

§ 5

PAP może dotyczyć następujących rodzajów pojazdów:

1) samochody osobowe;
2) samochody ciężarowe o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony;
3) przyczepy kempingowe;
4) przyczepy ciężarowe o ładowności do 2 ton;
5) motocykle,

zarejestrowanych w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym albo niezarejestrowanych, lecz podlegających rejestracji w RP stosownie do przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym w przypadku, gdy ubezpieczający ma stałe miejsce zamieszkania lub siedzibę w RP.

ZAKRES TERYTORIALNY

§ 6

Usługi assistance, o których mowa w § 8 i § 9, świadczone są:

1) w wariancie Super:
   a) na terytorium RP i w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium RP albo
   b) na terytorium RP oraz na terytorium innych państw Europy (z wyłączeniem Mołdawii i Rosji), a także na terytorium Algierii, Maroka, Izraela i Tunezji, w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium tych państw,

   w zależności od zakresu terytorialnego określonego w umowie ubezpieczenia;
2) w wariancie Komfort – na terytorium RP i w związku z wypadkami ubezpieczeniowymi, które zaszły na terytorium RP.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Zakres PAP zależy od wariantu, w jakim zawarta została umowa ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących wariantach ubezpieczenia:
   1) wariancie Super;
   2) wariancie Komfort.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie obejmującym jeden albo obydwa warianty ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z zastosowaniem rozszerzonego zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10.
5. Zakresem PAP objęte są usługi assistance wymienione w § 8 i § 9, w przypadku gdy wypadek ubezpieczeniowy stanowiący podstawę świadczenia danej usługi assistance zaszedł w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 i § 11.
6. W przypadku awarii pojazdu, awarii ogumienia, przepalenia żarówki lub rozładowania akumulatora, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług assistance realizowanych z tytułu zajścia nie więcej niż 2 wypadków ubezpieczeniowych spośród powyżej wymienionych rodzajów wypadków ubezpieczeniowych.
7. Limity świadczeń dla poszczególnych usług assistance wymienionych w § 8 i § 9 stanowią górną granicę odpowiedzialności PZU i ustalone są na jeden wypadek ubezpieczeniowy. W przypadku braku ustalenia limitu, PZU odpowiada do wysokości faktycznych kosztów danej usługi assistance.
8. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w obydwu wariantach ubezpieczenia, zastosowanie mają limity określone dla świadczeń w wariancie Super. Limity określone dla świadczeń w wariancie Komfort i Super nie sumują się.
9. W przypadku limitów kwotowych określonych w euro dla usług assistance wymienionych w § 8 pkt 25 i pkt 26, ich przeliczenie na walutę, w której realizowana jest dana usługa assistance, następuje przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu wykonania tej usługi assistance.

WARIANT SUPER

§ 8

W wariancie Super, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących usług assistance:

1) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy;
2) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa, jeżeli naprawa na miejscu, o której mowa w pkt 1, nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km, liczoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania; w przypadku organizowanego przez PZU holowania na odległość dalszą niż 150 km, koszty holowania powyżej tej odległości ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku zajścia wypadku, awarii pojazdu lub użycia niewłaściwego paliwa poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dalsze holowanie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie;

3) złomowania pojazdu, którego dokonanie jest konieczne po wypadku, awarii pojazdu lub odnalezieniu pojazdu po kradzieży; usługa ta jest realizowana na pisemny wniosek właściciela pojazdu i polega na holowaniu oraz złomowaniu pojazdu na najbliższym złomowisku w państwie, w którym zaszedł wypadek, miała miejsce awaria pojazdu lub odnaleziono pojazd po kradzieży; jeżeli prawo państwa, w którym zaszedł wypadek, miała miejsce awaria pojazdu lub odnaleziono pojazd po kradzieży, nie zezwala na złomowanie pojazdu, holowanie pojazdu w celu jego złomowania na najbliższym złomowisku w innym państwie odbywa się na zasadach określonych w pkt 2;
4) wynajmu pojazdu zastępczego – w razie:
   a) wypadku lub awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby), gdy zostało wykonane holowanie, o którym mowa w pkt 2, i gdy naprawa pojazdu przez warsztat nie jest możliwa do zakończenia wcześniej niż w ciągu 12 godzin od dostarczenia pojazdu do warsztatu,
   b) kradzieży pojazdu, gdy nie został on odzyskany do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1;

   usługa ta obejmuje podstawienie pojazdu zastępczego i jego wynajem na czas naprawy pojazdu lub do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż na okres do 7 dni licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu lub kradzieży pojazdu; koszt zwrotu pojazdu zastępczego do wypożyczalni ponosi ubezpieczony; PZU zapewnia wynajem pojazdu klasyfikowanego w tym samym segmencie rynkowym co pojazd, którego dotyczy PAP, jednak nie wyższym niż C, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd, którego dotyczy PAP; PZU zapewnia wynajem samochodu osobowego niezależnie od rodzaju pojazdu, którego dotyczy PAP; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 5 lub pkt 7;
5) noclegu dla ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – oraz przewozu do miejsca noclegu, w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy naprawa pojazdu nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1; PZU zapewnia nocleg w hotelu dwu- lub trzygwiazdkowym, wskazanym przez PZU;
   koszty pobytu pokrywane są do momentu naprawienia lub odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż za 3 doby licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu lub kradzieży pojazdu i nie obejmują kosztów wyżywienia, chyba że koszty wyżywienia są wliczone w cenę noclegu i innych usług hotelowych; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 4 lub pkt 7;
6) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do warsztatu, do którego holowany jest pojazd unieruchomiony wskutek wypadku, awarii pojazdu lub wskutek użycia niewłaściwego paliwa; przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej, a w przypadku braku miejsc, innym środkiem transportu uzgodnionym z PZU;
7) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do miejsca zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy jego naprawa nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1, a także w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez ubezpieczonego lub nagłego zachorowania lub śmierci kierowcy; przejazd odbywa się środkiem transportu uzgodnionym z PZU; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a wypadek, awaria pojazdu, kradzież pojazdu, uszkodzenie ciała ubezpieczonego lub nagłe zachorowanie lub śmierć kierowcy miało miejsce za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej; PZU organizuje przewóz ubezpieczonych do miejsca ich zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia, jeżeli odległość do tego miejsca nie jest większa niż do miejsca zamieszkania w RP; jeżeli ubezpieczeni mają różne miejsca zamieszkania lub podróżują do różnych miejsc przeznaczenia, przewóz organizowany jest w jedno, wskazane przez ubezpieczonych miejsce; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w pkt 4 lub pkt 5;
8) przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU po odbiór pojazdu naprawionego w związku z wypadkiem, awarią pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub po odbiór pojazdu odzyskanego po kradzieży; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a pojazd naprawiany jest za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej;
9) zmiennika kierowcy (w tym dojazdu i powrotu zmiennika) w celu powrotu pasażerów pojazdem, którego dotyczy PAP, do miejsca zamieszkania, w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez kierowcę lub jego śmierci;
   usługa ta nie obejmuje kosztów paliwa, przejazdu autostradami, parkingów i noclegów;
10) jednorazowego przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU oraz noclegu tej osoby w miejscu uzgodnionym z PZU, przez okres do 3 dni, w celu odwiedzin w szpitalu kierowcy hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała lub jego nagłego zachorowania, albo pasażera hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała; jeśli przejazd pojazdem mechanicznym lub koleją miałby trwać dłużej niż 12 godzin, a hospitalizacja ubezpieczonego ma miejsce za granicą RP, PZU zorganizuje przelot samolotem w klasie ekonomicznej;
11) transportu zwłok, w przypadku śmierci ubezpieczonego, do miejsca pochówku w RP, z wyłączeniem kosztów zakupu trumny lub urny, kosztów pogrzebu i kremacji;
12) w przypadku unieruchomienia pojazdu z powodu wyczerpania paliwa, które nastąpi w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby):
   a) dowozu paliwa, z wyłączeniem kosztów samego paliwa – polegającego na dostarczeniu przez przedstawiciela PZU paliwa w ilości niezbędnej do dojechania do najbliższej stacji paliw albo
   b) holowania pojazdu do najbliższej stacji paliw;
13) otwarcia pojazdu w przypadku zatrzaśnięcia wewnątrz pojazdu kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu; jeżeli otwarcie pojazdu nie jest możliwe w miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego:
   a) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu albo przejazdu ubezpieczonego po zapasowe kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu, odpowiednim środkiem transportu uzgodnionym z PZU, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w RP,
   b) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł za granicą RP;

14) w przypadku zniszczenia, kradzieży, zagubienia lub utraty z innych przyczyn kluczyków lub sterowników służących do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu:
   a) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu albo przejazdu ubezpieczonego po zapasowe kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia pojazdu lub uruchomienia pojazdu, odpowiednim środkiem transportu uzgodnionym z PZU, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w RP,
   b) holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy zaszedł za granicą RP;
15) wymiany koła w przypadku awarii ogumienia albo holowania pojazdu w celu naprawy ogumienia do najbliższego warsztatu, jeżeli naprawa lub wymiana koła w miejscu zajścia tego wypadku ubezpieczeniowego nie jest możliwa; usługa ta nie obejmuje kosztów części i materiałów użytych do wymiany koła, ani kosztów naprawy ogumienia;
16) usługi uruchomienia silnika pojazdu w przypadku jego unieruchomienia na skutek rozładowania się akumulatora w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby);
17) wymiany żarówki w przypadku jej przepalenia, które nastąpiło w miejscu odległym powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby); jeżeli w pojeździe wymiana żarówki możliwa jest jedynie w warsztacie, PZU zorganizuje i pokryje koszty holowania pojazdu do najbliższego warsztatu mogącego wykonać usługę; usługa ta nie obejmuje kosztu żarówki i jej wymiany w warsztacie;
18) odholowania przyczepy ciągniętej przez pojazd, w przypadku gdy przyczepa jest sprawna a pojazd jest unieruchomiony wskutek wypadku, awarii pojazdu zaistniałej w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub został skradziony w miejscu odległym powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby); holowanie odbywa się w wybrane przez ubezpieczonego miejsce, na odległość do 150 km, liczoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania; w przypadku organizowanego przez PZU holowania na odległość dalszą niż 150 km, koszty holowania powyżej tej odległości ponoszone są przez ubezpieczonego; PZU nie ponosi odpowiedzialności za przewożony w przyczepie ładunek;
19) transportu, w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub nagłego zachorowania kierowcy:
   a) do szpitala najbliższego od miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
   b) do szpitala specjalistycznego, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga,
   c) do szpitala znajdującego się bliżej miejsca zamieszkania lub do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, jeżeli jego stan zdrowia na to pozwala;
   termin i sposób transportu ubezpieczonego uzgadniany jest z lekarzem;
20) przewozu i opieki nad dziećmi ubezpieczonego w wieku do 18 lat w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub śmierci ubezpieczonego lub nagłego zachorowania kierowcy; usługa ta realizowana jest na pisemny wniosek opiekuna prawnego dziecka; dzieci przewożone są według wyboru opiekuna prawnego: do miejsca zamieszkania, do docelowego miejsca podróży lub do innego opiekuna; koszty ponoszone są do czasu objęcia opieki nad dziećmi przez upoważnioną osobę bliską, jednak nie dłużej niż do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu nie będzie żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi ubezpieczonego PZU podejmuje działania w celu zorganizowania opieki przez rodzinę ubezpieczonego, a jeśli nie będzie to możliwe, to przez opiekę społeczną;
21) transportu zwierzęcia przewożonego pojazdem, w przypadku doznania przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub śmierci ubezpieczonego lub nagłego zachorowania kierowcy; usługa ta realizowana jest na wniosek ubezpieczonego; transport zwierzęcia odbywa się do najbliższego hotelu dla zwierząt albo do najbliższej lecznicy dla zwierząt, jeżeli stan zwierzęcia tego wymaga; w przypadku zgonu zwierzęcia, PZU organizuje i pokrywa koszty utylizacji zwłok; usługa ta nie obejmuje kosztów pobytu w hotelu dla zwierząt, a także kosztów leczenia i lekarstw;
22) telefonicznych usług tłumacza przy załatwianiu formalności związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP; tłumaczenie realizowane jest przez konsultanta PZU Pomoc; PZU zapewnia tłumaczenie z języka polskiego na angielski i odwrotnie;
23) przesyłki części zamiennych w celu naprawy pojazdu za granicą RP, będącej następstwem wypadku lub awarii pojazdu, które zaszły za granicą RP, jeżeli z jakichkolwiek powodów dana część zamienna nie jest dostępna w miejscu naprawy; usługa ta nie obejmuje kosztu części; PZU nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie tej usługi, jeżeli przerwano produkcję części lub brak jest możliwości sprowadzenia części od producenta lub z innego źródła, w którym części te są jeszcze dostępne;
24) przekazania środków pieniężnych za granicę RP w celu naprawy pojazdu za granicą RP, będącej następstwem wypadku lub awarii pojazdu, które zaszły za granicą RP, pod warunkiem uprzedniego wpłacenia tych środków na rachunek bankowy wskazany przez PZU;
25) udzielenia pożyczki maksymalnie do kwoty 10 000 euro lub jej równowartości w innej walucie, w celu złożenia wymaganej kaucji dla zwolnienia ubezpieczonego z aresztu, w którym znalazł się wskutek wypadku, który zaszedł za granicą RP; pożyczka udzielana jest po dokonaniu przez osobę wskazaną przez ubezpieczonego poręczenia spłaty pożyczki udzielonej ubezpieczonemu; ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić pożyczkę w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania;
26) pomocy prawnika reprezentującego ubezpieczonego oraz tłumacza, jeżeli nie zostali oni wyznaczeni z urzędu, w postępowaniu karnym lub administracyjnym prowadzonym za granicą RP przeciwko ubezpieczonemu w związku z wypadkiem, który zaszedł za granicą RP; PZU pokrywa koszty honorarium prawnika oraz tłumacza łącznie maksymalnie do kwoty 1 000 euro lub jej równowartości w innej walucie;
27) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
   a) postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
   b) telefonów pomocy drogowej,
   c) sieci warsztatów,
   d) możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
   e) jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
   f) możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU Pomoc oraz organizacji tej pomocy,
   g) formalności jakich należy dopełnić w celu uzyskania dokumentów zastępczych utraconych lub skradzionych za granicą: paszportu, wizy, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego pojazdu.

WARIANT KOMFORT

§ 9

1. W wariancie Komfort, rodzaj i zakres przysługujących usług assistance zależy od zawarcia umowy OC lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu.
2. W wariancie Komfort, PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących usług assistance:

1) jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy OC tego samego pojazdu:
   a) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
   b) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem, jeżeli naprawa na miejscu, o której mowa w lit. a, nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km, liczoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania; w przypadku organizowanego przez PZU holowania na odległość dalszą niż 150 km, koszty holowania powyżej tej odległości ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku polegającego na kolizji z innym pojazdem poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dalsze holowanie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu z parkingu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie,
   c) naprawy na miejscu innego pojazdu, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia innego pojazdu, jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
   d) holowania innego pojazdu, jeżeli jego naprawa na miejscu, o której mowa w lit. c, nie jest możliwa; holowanie odbywa się do miejsca wybranego przez kierowcę innego pojazdu lub właściciela innego pojazdu,
   e) parkowania innego pojazdu lub wynajmu pojazdu zastępczego dla kierowcy innego pojazdu; usługa ta nie obejmuje kosztów parkowania innego pojazdu lub kosztów wynajmu pojazdu zastępczego,
   f) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
      – postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
      – telefonów pomocy drogowej,
      – sieci warsztatów,
      – możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
      – jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
      – możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU Pomoc oraz organizacji tej pomocy;
2) jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpi w okresie ubezpieczenia umowy AC tego samego pojazdu:
   a) naprawy na miejscu w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku lub awarii pojazdu, jeżeli ze względu na zakres uszkodzeń lub przyczynę unieruchomienia pojazdu jego naprawa na miejscu jest możliwa; usługa ta obejmuje koszty dojazdu pomocy drogowej oraz robocizny, z wyłączeniem kosztów części i materiałów użytych do naprawy,
   b) holowania pojazdu w przypadku jego unieruchomienia wskutek wypadku lub awarii pojazdu, jeżeli naprawa pojazdu na miejscu, o której mowa w lit. a, nie jest możliwa; holowanie odbywa się jednorazowo do wybranego przez ubezpieczonego miejsca na odległość do 150 km, liczoną od miejsca zatrzymania pojazdu do docelowego miejsca holowania; w przypadku organizowanego przez PZU holowania na odległość dalszą niż 150 km, koszty holowania powyżej tej odległości ponoszone są przez ubezpieczonego; w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek zajścia wypadku lub awarii pojazdu poza godzinami pracy warsztatu (np. w porze nocnej lub w dni wolne od pracy), PZU organizuje i pokrywa także koszty parkowania pojazdu do dnia, w którym możliwe będzie jego dalsze holowanie do warsztatu, przy czym okres ten nie może być dłuższy niż 3 dni oraz holowania pojazdu z parkingu do warsztatu; holowanie na parking i z parkingu traktowane jest jako jednorazowe holowanie,
   c) złomowania pojazdu, którego dokonanie jest konieczne po wypadku, awarii pojazdu lub odnalezieniu pojazdu po kradzieży; usługa ta jest realizowana na pisemny wniosek właściciela pojazdu i polega na holowaniu oraz złomowaniu pojazdu na najbliższym złomowisku,
   d) wynajmu pojazdu zastępczego – w razie:
      – wypadku lub awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby), gdy zostało wykonane holowanie, o którym mowa w lit. b, i gdy naprawa pojazdu przez warsztat nie jest możliwa do zakończenia wcześniej niż w ciągu 12 godzin od dostarczenia pojazdu do warsztatu,
      – kradzieży pojazdu, gdy nie został on odzyskany do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1;

      usługa ta obejmuje podstawienie pojazdu zastępczego i jego wynajem na czas naprawy pojazdu lub do czasu odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż na okres do 3 dni licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu lub kradzieży pojazdu; koszt zwrotu pojazdu zastępczego do wypożyczalni ponosi ubezpieczony; PZU zapewnia wynajem pojazdu klasyfikowanego w tym samym segmencie rynkowym co pojazd, którego dotyczy PAP, jednak nie wyższym niż C, przy czym PZU nie gwarantuje, że pojazd zastępczy będzie tak samo wyposażony, jak pojazd, którego dotyczy PAP; PZU zapewnia wynajem samochodu osobowego niezależnie od rodzaju pojazdu, którego dotyczy PAP; wynajem wskazanego przez PZU pojazdu zastępczego odbywa się na podstawie umowy najmu pojazdu zastępczego zawartej pomiędzy ubezpieczonym a wskazaną przez PZU wypożyczalnią i na warunkach określonych w tej umowie, w szczególności może być uzależniony od wpłacenia przez ubezpieczonego kaucji w wysokości określonej przez wypożyczalnię lub od zablokowania środków na karcie kredytowej; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. e lub lit. g,
   e) noclegu dla ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – oraz przewozu do miejsca noclegu, w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy naprawa pojazdu nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1; PZU zapewnia nocleg w hotelu dwu- lub trzygwiazdkowym, wskazanym przez PZU; koszty pobytu pokrywane są do momentu naprawienia lub odzyskania pojazdu po kradzieży, nie dłużej jednak niż za 3 doby licząc od dnia zajścia wypadku, awarii pojazdu lub kradzieży pojazdu i nie obejmują wyżywienia, chyba że koszty wyżywienia są wliczone w cenę noclegu i innych usług hotelowych; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. d lub lit. g,
   f) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do warsztatu, do którego holowany jest pojazd unieruchomiony wskutek wypadku lub awarii pojazdu; przewóz odbywa się pojazdem pomocy drogowej,

a w przypadku braku miejsc, innym środkiem transportu uzgodnionym z PZU,

g) przewozu ubezpieczonych – w ilości nie większej niż określona w dowodzie rejestracyjnym pojazdu – do miejsca zamieszkania w RP lub do innego miejsca przeznaczenia w RP w przypadku unieruchomienia pojazdu wskutek wypadku, awarii pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub kradzieży pojazdu, gdy jego naprawa nie jest możliwa w dniu zajścia tego wypadku lub awarii pojazdu lub gdy nie odzyskano pojazdu po kradzieży do chwili zawiadomienia PZU Pomoc, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1, a także w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez ubezpieczonego lub nagłego zachorowania lub śmierci kierowcy; przejazd odbywa się środkiem transportu uzgodnionym z PZU do miejsca zamieszkania ubezpieczonych lub do innego miejsca przeznaczenia w RP, jeżeli odległość do tego miejsca nie jest większa niż do miejsca zamieszkania; jeżeli ubezpieczeni mają różne miejsca zamieszkania lub podróżują do różnych miejsc przeznaczenia, przewóz organizowany jest w jedno, wskazane przez ubezpieczonych miejsce; usługa ta nie podlega łączeniu z usługą, o której mowa w lit. d lub lit. e,

h) przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU po odbiór pojazdu naprawionego w związku z wypadkiem, awarią pojazdu, która zaszła w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania (siedziby) lub po odbiór pojazdu odzyskanego po kradzieży,

i) zmiennika kierowcy (w tym dojazdu i powrotu zmiennika) w celu powrotu pasażerów pojazdem, którego dotyczy PAP, do miejsca zamieszkania, w przypadku doznania uszkodzenia ciała przez kierowcę lub jego śmierci; usługa ta nie obejmuje kosztów paliwa,

j) jednorazowego przejazdu jednej osoby środkiem transportu uzgodnionym z PZU oraz noclegu tej osoby w miejscu uzgodnionym z PZU, przez okres do 3 dni, w celu odwiedzin w szpitalu kierowcy hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała lub jego nagłego zachorowania, albo pasażera hospitalizowanego wskutek doznania przez niego uszkodzenia ciała,

k) transportu zwłok, w przypadku śmierci ubezpieczonego, do miejsca pochówku w RP, z wyłączeniem kosztów zakupu trumny lub urny, kosztów pogrzebu i kremacji,

l) usług informacyjnych dla ubezpieczonych dotyczących:
   - postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
   - telefonów pomocy drogowej,
   - sieci warsztatów,
   - możliwości wynajmu pojazdu zastępczego,
   - jednorazowego przekazania pilnej wiadomości związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym osobie wskazanej przez ubezpieczonego,
   - możliwości uzyskania odpłatnej pomocy spośród usług organizowanych przez PZU Pomoc oraz organizacji tej pomocy.

ROZSZERZENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA

§ 10

Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, umowa ubezpieczenia w wariancie Super może zostać zawarta bez stosowania warunku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w odległości powyżej 20 km od miejsca zamieszkania (siedziby), dla usług assistance, o których mowa w § 8 pkt 4, 7, 8, 12, 16–18.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Ubezpieczeniem nie są objęte wypadki ubezpieczeniowe:

1) spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu, chyba że w razie rażącego niedbalstwa realizacja świadczeń przewidzianych w OWU odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
2) spowodowane umyślnie przez osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
3) powstałe podczas kierowania pojazdem przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym:
   a) w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego lub
   b) nieposiadającego uprawnień do kierowania pojazdem, wymaganych prawem państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
4) powstałe podczas kierowania pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji lub dokonywania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
5) spowodowane działaniami wojennymi lub powstałe w czasie używania pojazdu w związku z określonymi w przepisach prawa obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także zaistniałe wskutek udziału ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu lub sabotażu;
6) powstałe w związku z używaniem pojazdu jako narzędzia przestępstwa przez ubezpieczonego, osobę uprawnioną do korzystania z pojazdu lub osobę, z którą ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
7) powstałe wskutek używania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
8) powstałe wskutek niewłaściwego załadowania lub przewożenia ładunku lub bagażu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
9) powstałe podczas jazd wyścigowych lub konkursowych oraz treningów do tych jazd;
10) powstałe w wyniku szkód eksploatacyjnych;
11) powstałe wskutek samobójstwa ubezpieczonego albo próby samobójstwa.

2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte osoby przewożone za opłatą lub będące autostopowiczami, z wyjątkiem usługi assistance określonej w § 8 pkt 19.

3. Usługi assistance wymienione w § 8 i § 9 nie dotyczą sprzętu sportowego, turystycznego lub innego rodzaju ładunku przewożonego pojazdem lub przyczepą ciągniętą przez pojazd.

4. Usługi assistance, o których mowa w § 8 pkt 4–6, 12–14, 16 i 18 oraz w § 9 ust. 2 pkt 2 lit. d–f, nie dotyczą przyczep kempingowych i przyczep ciężarowych o ładowności do 2 ton.

5. Usługi assistance, o których mowa w § 8 pkt 4 oraz w § 9 ust. 2 pkt 2 lit. d, nie dotyczą motocykli.

6. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione bez uprzedniej zgody PZU Pomoc, chyba że:
   1) powiadomienie PZU w sposób określony w § 22 ust. 1 pkt 1 było niemożliwe z przyczyn niezależnych od

ubezpieczającego, osoby uprawnionej do korzystania z pojazdu lub osoby występującej w imieniu którejkolwiek z tych osób lub
2) wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce na autostradzie, a ubezpieczonemu pomocy udzieliły specjalne służby drogowe.

7. W przypadku, gdy do realizacji usługi assistance związanej z koniecznością udostępnienia pojazdu nie dojdzie z powodu nieudostępnienia przez ubezpieczonego unieruchomionego pojazdu w terminie i miejscu ustalonym z PZU Pomoc, dalsze usługi assistance nie przysługują, chyba że nieudostępnienie pojazdu nastąpiło z przyczyn, za które ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności.
8. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według przepisów prawa państwa, na terytorium którego zaszedł wypadek ubezpieczeniowy.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia:
   1) w systemie uproszczonym – może nastąpić jedynie w wariancie Komfort;
   2) przy jednoczesnej obecności obu stron umowy ubezpieczenia – może nastąpić w wariancie Komfort lub w wariancie Super.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy następuje na wniosek ubezpieczającego.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie danych zgłaszanych przez ubezpieczającego. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od udokumentowania tych danych.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
8. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. Zawarcie umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym następuje wraz z zawarciem umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu z zastosowaniem przesłanego przez PZU blankietu.
10. Do umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym nie stosuje się postanowień ust. 4–8.

§ 13

1. PZU może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dokonania indywidualnej oceny ryzyka, identyfikacji pojazdu wraz z jego wyposażeniem, lub od dokonania oględzin pojazdu w terminie uzgodnionym z ubezpieczającym. Postanowienia tego nie stosuje się do umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym.
2. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia w wariancie Komfort albo w wariantach Komfort i Super jest jednoczesne zawarcie umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia bez jednoczesnego zawarcia umowy OC lub umowy AC możliwe jest wyłącznie w wariancie Super.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy albo na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe), z tym, że okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 15 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Umowę ubezpieczenia w wariancie Super zawiera się na okres 12 miesięcy.
3. Umowę ubezpieczenia w systemie uproszczonym zawiera się na okres ubezpieczenia odpowiadający okresowi ubezpieczenia w umowie OC, o której mowa w § 12 ust. 9.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI PZU

§ 15

1. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy, jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku ustalenia przez ubezpieczającego i PZU terminu dokonania identyfikacji pojazdu lub oględzin pojazdu, o których mowa w § 13 ust. 1, przypadającego po zawarciu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po dokonaniu tej identyfikacji lub tych oględzin. W przypadku niedokonania identyfikacji lub oględzin pojazdu w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, lub innym uzgodnionym przez PZU i ubezpieczającego, z przyczyn leżących po stronie ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym identyfikacja lub oględziny miały być dokonane.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu tej umowy, nie wcześniej jednak niż wraz z rozpoczęciem odpowiedzialności z umowy OC, o której mowa w § 12 ust. 9.

§ 16

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia, a w przypadku umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym – z upływem okresu ubezpieczenia w umowie OC, o której mowa w § 12 ust. 9, bądź w innych przypadkach określonych przepisami prawa polskiego dla wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w umowie OC, o której mowa w § 12 ust. 9;
2) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie;

3) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem natychmiastowym umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 6;
4) z chwilą przeniesienia własności pojazdu, chyba że wraz z przeniesieniem własności pojazdu na nabywcę przeszły lub zostały przeniesione prawa z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 18 ust. 1–6;
5) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 17;
6) z dniem udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu, bez zmiany w zakresie prawa własności, z zastrzeżeniem pkt 2;
7) z dniem wyrejestrowania pojazdu, w przypadku doręczenia PZU oświadczenia ubezpieczającego o woli rozwiązania umowy ubezpieczenia ze względu na wyrejestrowanie pojazdu;
8) z dniem zarejestrowania pojazdu za granicą RP;
9) z dniem przekazania pojazdu do przedsiębiorcy prowadzącego stację demontażu lub przedsiębiorcy prowadzącego punkt zbierania pojazdów.

§ 17

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w systemie uproszczonym, w której ubezpieczający jest konsumentem, termin w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

PRZENIESIENIE PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 18

1. W razie zbycia pojazdu prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na jego nabywcę.
2. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na dotychczasowego posiadacza będącego korzystającym z pojazdu na podstawie umowy leasingu albo kredytobiorcą, któremu bank oddał przewłaszczony pojazd do używania, nie wymaga zgody PZU.
3. W przypadku przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, zbywca lub nabywca pojazdu najpóźniej w dniu jego zbycia zobowiązany jest zawiadomić PZU o fakcie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, dostarczając do PZU dokument potwierdzający przeniesienie tych praw. PZU potwierdza przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę pojazdu w formie pisemnej.
4. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia na osoby inne niż wskazane w ust. 2 wymaga zgody PZU.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariancie Komfort jednocześnie z umową OC dotyczącą tego samego pojazdu nabywca pojazdu nabywa też prawa z umowy ubezpieczenia w wariancie Komfort wraz z przejściem na niego praw i obowiązków z umowy OC. Przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia w innych przypadkach wymaga zgody PZU.
6. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, na nabywcę pojazdu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki ubezpieczeniowej przypadającej za czas do chwili przejścia własności pojazdu na nabywcę.
7. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę pojazdu, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia własności pojazdu na nabywcę.
8. Postanowień ust. 1–7 nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku ubezpieczeniowego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 19

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od rodzaju pojazdu, wariantu i okresu ubezpieczenia, zawarcia umowy OC dotyczącej tego samego pojazdu, umowy AC dotyczącej tego samego pojazdu lub umowy minicasco zawartej z PZU dotyczącej tego samego pojazdu, rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 10, oraz zakresu terytorialnego ubezpieczenia, o którym mowa w § 6.
4. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku PZU pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.
6. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał do wiadomości PZU nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki ubezpieczeniowej wynikającej z różnicy pomiędzy składką ubezpieczeniową, jaka należałaby się PZU gdyby podano dane prawdziwe a składką ubezpieczeniową przyjętą w umowie ubezpieczenia. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego roszczenie PZU o dopłatę różnicy składki ubezpieczeniowej staje się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu realizacji świadczenia przewidzianego w OWU.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 20

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 21

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania pojazdu oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;

2) przedstawić posiadane dowody dotyczące zajścia wypadku ubezpieczeniowego lub poniesionych kosztów;
3) ułatwić PZU lub osobom działającym na jego zlecenie ustalenie okoliczności zajścia wypadku ubezpieczeniowego i rozmiaru szkody;
4) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU pomocy dostarczając informacje oraz dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, PZU jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

§ 22

1. Poza obowiązkami wynikającymi z § 21, ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany ponadto:
1) przed podjęciem działań we własnym zakresie – niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, zawiadomić o nim telefonicznie PZU Pomoc;
2) podać PZU Pomoc następujące informacje:
a) imię, nazwisko i miejsce zamieszkania ubezpieczonego wymagającego pomocy i ewentualnie kierowcy innego pojazdu,
b) markę, model i numer rejestracyjny pojazdu oraz ewentualnie inne dane niezbędne do identyfikacji tego pojazdu na miejscu zajścia wypadku ubezpieczeniowego i zapewnienia właściwej pomocy,
c) dokładne miejsce zajścia wypadku ubezpieczeniowego i numer telefonu, pod którym można kontaktować się z osobą zawiadamiającą o wypadku ubezpieczeniowym,
d) opis wypadku ubezpieczeniowego;
3) umożliwić PZU Pomoc weryfikację stanu pojazdu oraz monitorowanie czasu naprawy w warsztacie lub czasu odzyskania pojazdu po kradzieży, w celu ustalenia okresu wynajmu pojazdu, o którym mowa w § 8 pkt 4 i § 9 ust. 2 pkt 2 lit. d;
4) w przypadku kradzieży pojazdu okazać PZU dokument potwierdzający zgłoszenie tej kradzieży policji.

2. W przypadku gdy ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów usług assistance na podstawie § 11 ust. 6 zwrot kosztów następuje na podstawie imiennych rachunków lub faktur VAT i dowodów ich zapłaty, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu odpowiedzialności ustalonego w OWU dla danej usługi assistance, a jeżeli limit ten nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tej usługi obowiązującej na terenie miejscowości, w której usługa ta została wykonana.

3. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zgłasza potrzebę transportu, o którym mowa w § 8 pkt 19 lit. b lub lit. c, zobowiązany jest podać PZU Pomoc nazwę, adres i numer telefonu szpitala, w którym przebywa ubezpieczony, jeżeli transport odbywa się pomiędzy szpitalami.

4. Zwrot poniesionych przez ubezpieczonego kosztów, o których mowa w ust. 2, następuje w złotych polskich.

5. Jeżeli w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, który zaszedł za granicą RP, zostały poniesione koszty w walucie obcej, zwrot tych kosztów następuje w RP w złotych polskich przy zastosowaniu kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w dniu ustalenia kwoty podlegającej zwrotowi.

OBOWIĄZKI PZU

§ 23

1. PZU dokonuje zwrotu kosztów, o których mowa w § 22 ust. 2, w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 1, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU albo wysokości kosztów podlegających zwrotowi okazało się niemożliwe, zwrot kosztów następuje w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część kosztów podlegających zwrotowi, PZU wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

3. PZU jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;
w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
a) osoby występującej z roszczeniem oraz
b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 24

1. Z dniem zrealizowania przez PZU świadczenia przewidzianego w OWU, roszczenie ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na PZU do wysokości zrealizowanego świadczenia. Jeżeli PZU pokrył tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniami PZU.
2. Nie przechodzą na PZU roszczenia ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub osobom uprawnionym do korzystania z pojazdu na postawie umowy użyczenia.
3. Jeżeli ubezpieczony zrzekł się roszczenia do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, PZU może odmówić realizacji świadczeń przewidzianych w OWU w całości lub w części. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po zrealizowaniu przez PZU świadczeń przewidzianych w OWU, wówczas PZU przysługuje prawo dochodzenia od ubezpieczonego zwrotu całości lub części kosztów zrealizowanych świadczeń.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU to: reklamacje@pzu.pl.
13. Językiem stosowanym przez PZU w relacjach z konsumentem jest język polski.
14. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 26

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie PZU Auto Pomoc

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: PZU Auto Pomoc

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU Auto Pomoc (OWU), które zostały ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/374/2013 z dnia 24 grudnia 2013 r. ze zmianami ustalonymi uchwałami Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

PZU Auto Pomoc to dobrowolne ubezpieczenie świadczenia pomocy na korzyść osób, które popadły w trudności w czasie podróży – dział II, grupa 18 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ubezpieczamy organizację oraz pokrycie kosztów usług assistance. Zakres ubezpieczenia i dostępność usług assistance zależą od wybranego wariantu, a w wariancie Komfort także od tego, czy zawarto umowę OC lub AC na ten sam pojazd.

Wariant Komfort zawarty razem z OC obejmuje następującą pomoc w razie spowodowania kolizji:

- ✓ naprawę pojazdu na miejscu,
- ✓ holowanie unieruchomionego pojazdu do 150 km,
- ✓ usługi informacyjne,
- ✓ pomoc dla pojazdu poszkodowanego.

Wariant Komfort zawarty razem z AC obejmuje szerszą pomoc – w razie wypadku, awarii lub kradzieży.

Wariant Super obejmuje pomoc w razie wypadku, awarii lub kradzieży, np.:

- ✓ dowóz paliwa lub holowanie do najbliższej stacji paliw,
- ✓ naprawa pojazdu na miejscu, a także usługa wymiany koła, żarówki, akumulatora,
- ✓ pomoc dla innego pojazdu poszkodowanego,
- ✓ holowanie pojazdu lub przyczepy do 150 km,
- ✓ przewóz do warsztatu i po odbiór naprawionego pojazdu,
- ✓ otwarcie pojazdu w przypadku zatrzaśnięcia kluczyków,
- ✓ transport do szpitala,
- ✓ transport zwierząt,
- ✓ transport zwłok,
- ✓ telefoniczna pomoc tłumacza,
- ✓ przesyłka części zamiennych za granicę,
- ✓ pożyczka do 10 000 euro na kaucję,
- ✓ pomoc prawnika,
- ✓ opiekę nad dziećmi,
- ✓ nocleg lub przewóz do domu,
- ✓ pokrycie kosztów odwiedzin w szpitalu,
- ✓ złomowanie pojazdu,
- ✓ zmiennik kierowcy.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie obejmujemy ochroną m.in.:

- ✗ szkód dotyczących samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 tony,
- ✗ osób przewożonych za opłatą lub autostopowiczów. Nie dotyczy to konieczności transportu do szpitala.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Między innymi:

- ! nie organizujemy usług assistance, jeśli zdarzenie wystąpiło w odległości mniejszej niż limit kilometrów odległości od domu lub siedziby ubezpieczonego, a warunkiem zorganizowania usługi jest wystąpienie zdarzenia w większej odległości niż limit przewidziany w usłudze,
- ! dni, w których ubezpieczonemu przysługuje dane świadczenie, liczymy od dnia zdarzenia,
- ! nie odpowiadamy za zdarzenia, które wystąpiły w wyniku szkód eksploatacyjnych,
- ! nie pokrywamy kosztów usług assistance, które nie zostały wcześniej uzgodnione z nami,
- ! usługi assistance nie dotyczą sprzętu sportowego, turystycznego lub innego rodzaju ładunku przewożonego pojazdem lub przyczepą ciągniętą przez pojazd,
- ! usługi assistance, które polegają na: dowozie paliwa lub holowaniu pojazdu do najbliższej stacji paliw, noclegu dla ubezpieczonych, otwarciu pojazdu w razie zatrzaśnięcia wewnątrz kluczyków lub sterowników, holowania pojazdu do najbliższego warsztatu, jeśli kluczyki zostały utracone, przewozu ubezpieczonych do warsztatu, do którego holowany jest pojazd, wynajmie pojazdu zastępczego, uruchomieniu silnika pojazdu oraz odholowaniu przyczepy ciągniętej przez pojazd nie dotyczą przyczep kempingowych i przyczep ciężarowych o ładowności do 2 ton,
- ! usługa assistance, która polega na wynajmie pojazdu zastępczego, nie dotyczy motocykli.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Odpowiadamy za zdarzenia, które powstały:

- ✓ w Polsce – jeśli ubezpieczający zawarł umowę w wariancie Komfort lub w wariancie Super PL,
- ✓ w Polsce, innych państwach Europy, w Algierii, Maroku, Izraelu lub Tunezji – z wyłączeniem Mołdawii i Rosji – jeśli ubezpieczający zawarł umowę w wariancie Super PL + EU.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- Ma obowiązek podać nam znane sobie okoliczności, o które pytamy przy zawarciu umowy.
- Powinien najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach tych okoliczności, np. o przerejestrowaniu lub zbyciu pojazdu.
- Ma obowiązek najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o zdarzeniu.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,
kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa trwa:
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada **w pierwszym dniu** okresu ubezpieczenia lub później. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w terminie, możemy wypowiedzieć umowę.
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada **przed pierwszym dniem** okresu ubezpieczenia – nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty do 30 dnia od początku okresu ubezpieczenia, rozwiążemy umowę z tym dniem.

Dodatkowo pojazd może zostać wytypowany do oględzin, których dokonanie może warunkować powstanie ochrony.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
– z końcem okresu ubezpieczenia,
– w dniu odstąpienia od umowy albo na skutek jej wypowiedzenia,
– w chwili przeniesienia własności pojazdu, chyba że zgodziliśmy się na przeniesienie praw z umowy ubezpieczenia,
– w chwili wyrejestrowania pojazdu lub zarejestrowania go za granicą.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może rozwiązać umowę m.in. poprzez odstąpienie od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy. Może to zrobić:
– w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jest przedsiębiorcą,
– w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

Ubezpieczenie Agro Casco

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Concordia Polska T.U. S.A., zarejestrowane w Polsce Produkt: Agro Premium

Niniejszy dokument zawiera wyłącznie ogólne informacje o produkcie. Pełne informacje zawarte są w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Agro Premium (dalej „SWU"), doręczanych przed zawarciem Umowy. Ponadto warunki konkretnej umowy ubezpieczenia określa dokument ubezpieczenia (polisa).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie Agro Casco zaliczane jest do pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych - dział II, grupa 3, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczenie szkód powstałych w ubezpieczonym sprzęcie, spowodowanych uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą sprzętu lub jego części wskutek wszelakich zdarzeń niezależnych od woli Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub osoby uprawnionej do korzystania ze sprzętu poza przypadkami wyłączonymi z zakresu ochrony zgodnie z postanowieniami SWU
- ✓ Ubezpieczenie obejmuje wskazane w zgłoszeniu do ubezpieczenia maszyny rolnicze (sprzęt) stanowiące własność Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego m.in:
  - — kombajny rolnicze, sieczkarnie polowe ciągniki rolnicze, ładowarki wykorzystywane w rolnictwie,
  - — agregaty uprawowe, sadzarki i glebogryzarki ciągnikowych,
  - — kultywatory, siewniki, rozrzutniki, kosiarki, opryskiwacze
  - — prasy,
  - — rolnicze przenośne suszarnie do zboża i kukurydzy,
  - — środki transportowe bez własnego napędu (przyczepy, naczepy itp.),
  - — inne maszyny rolnicze (sprzęt)
- ✓ Ubezpieczeniem może być objęty sprzęt będący przedmiotem umowy leasingu, umowy najmu albo którego zakup był finansowany z umowy pożyczki lub innej podobnej umowy
- ✓ Odpowiedzialność ubezpieczyciela istnieje w graniach sumy ubezpieczenia dotyczącej ubezpieczonego sprzętu
- ✓ Suma ubezpieczenia sprzętu ustalana jest w wartości netto lub brutto (zgodnie z wyborem ubezpieczającego), a jej wysokość jest ustalana na zasadach określonych w SWU (w zależności od tego czy ubezpieczony sprzęt jest nowy czy używany oraz w zależności od wieku sprzętu)
- ✓ Istnieje możliwość rozszerzenia ochrony o pokrycie kosztów wynajęcia zastępczego przedmiotu ubezpieczenia (z limitem na jedno i wszystkie zdarzenia wynoszącym 25 000 zł) oraz o szkody w ogumieniu bez uszkodzenia innych części (z limitem do 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 5 000 zł)

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✘ sprzętu złożonego poza zakładem produkcyjnym producenta (tzw. składaki),
- ✘ sprzętu wykonanego systemem gospodarczym,
- ✘ pojazdów typu Quad,
- ✘ sprzętu nie zarejestrowanego o ile podlega obowiązkowi rejestracji.
- ✘ szkód powstałych podczas transportu ubezpieczonego sprzętu (poza przypadkami wskazanymi w SWU)
- ✘ szkód powstałych w wyniku awarii, chyba że awaria została spowodowana przedostaniem się ciała obcego o rozmiarach nieprzewidzianych w konstrukcji sprzętu – jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 50 000 zł
- ✘ szkód w ogumieniu lub gąsienicach jeżeli nie powstały jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części sprzętu, za które wypłacane jest odszkodowanie (istnieje możliwość rozszerzenia ochrony za dodatkową opłatą)
- ✘ szkód związanych z lub powstałych w trakcie usługowego wykorzystania ubezpieczonego sprzętu (istnieje możliwość rozszerzenia ochrony za dodatkową opłatą)
- ✘ szkód, których wartość nie przekracza 500 zł

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w odniesieniu do szkód powstałych:

- ! wskutek umyślnej winy lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Korzystającego albo osób, z którymi Ubezpieczający lub Korzystający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Jednak odszkodowanie za szkodę wyrządzoną wskutek rażącego niedbalstwa przysługuje jeśli wymagają tego względy słuszności
- ! podczas używania sprzętu przez osoby w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków odurzających, chyba że nie miało to wpływu na powstanie albo rozmiar szkody
- ! wskutek kradzieży, jeżeli nie zostały spełnione minimalne wymogi zabezpieczenia sprzętu określone w SWU
- ! podczas obsługi sprzętu przez osoby nie posiadające właściwych, wymaganych prawem uprawnień
- ! szkód będących konsekwencją naruszeń obowiązków związanych z wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego – w zakresie oraz na zasadach wskazanych w SWU i przepisach prawa

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczone mienie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

✓ Ubezpieczenie za zgodą Ubezpieczyciela i dodatkową składką może obejmować ochroną mienie na terytorium innych państw wskazanych w polisie

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Do najważniejszych obowiązków należą:

1) obowiązki bezpośrednio po zawarciu Umowy

— osoba wskazana na umowie ubezpieczenia jest obowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej

2) obowiązki w trakcie trwania Umowy

— przestrzegać przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o budowie i eksploatacji mienia danego rodzaju, dozoru technicznego nad urządzeniami oraz przepisów o ochronie przeciwpożarowej

— przestrzegać instrukcji obsługi poszczególnych urządzeń

— utrzymywać budynki, budowę i pomieszczenia, w których znajdują się przedmioty ubezpieczenia w należytym stanie technicznym

— zgłaszać ubezpieczycielowi zmiany danych ubezpieczonego, w tym danych adresowych oraz danych kontaktowych

— należyte zgodne z SWU zabezpieczenie sprzętu przed kradzieżą

— transportowanie narzędzi rolniczych na przyczepach specjalnie do tego przystosowanych o ile wymóg ten wynika z przepisów prawa lub instrukcji obsługi wydanych przez producenta

3) obowiązki w przypadku powstania szkody

— niezwłoczne powiadomienie najbliższej dla miejsca szkody jednostki policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa i uzyskanie pisemnego potwierdzenia tego faktu z wyszczególnieniem uszkodzonych lub utraconych przedmiotów, najpóźniej w terminie 24 godzin od momentu powzięcia informacji o szkodzie;

— powiadomienie ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia (wypadku) ubezpieczeniowego nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od daty jego powstania lub uzyskania o nim wiadomości

— zaniechanie dokonywania jakichkolwiek zmian w przedmiocie ubezpieczenia oraz rozpoczynania naprawy bez wcześniejszego przeprowadzenia jego oględzin przez przedstawiciela Ubezpieczyciela i jego zgody; Ubezpieczyciel nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli nie dokonał oględzin w ciągu 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o szkodzie;

— wypełnienie wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów, w szczególności druku zgłoszenia szkody, w którym należy opisać rzeczywisty przebieg zdarzenia i okoliczności powstania szkody;

— użycie dostępnych Ubezpieczonemu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo. Sposób i terminy płatności składki wskazywane są w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia. Jednak ochrona ubezpieczeniowa wygasa również, jeśli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia – z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na czas trwania umowy leasingu, przy czym nie dłużej niż na okres 60 miesięcy (na okresy będące wielokrotnością 12 miesięcy). Okres ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczania wynosi 12 miesięcy, przy czym, w odniesieniu do ubezpieczenia Agro-Casco, okres ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, w ostatnim roku Umowy leasingu, wynosi 13 miesięcy.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
- w dniu, w którym upłynął okres ubezpieczenia,
- z dniem przeniesienia przez Ubezpieczonego praw własności do przedmiotu ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej – o ile nie zostały spełnione przewidziane w niniejszych SWU warunki skuteczności przejścia praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia,
- w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą lub kradzież sprzętu
- z dniem, w którym Ubezpieczający odstąpił od umowy

Jak rozwiązać Umowę?

- Jeżeli Umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy. Jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, termin ten wynosi 7 dni.
- Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno zostać sporządzone na piśmie oraz przekazane do Centrali Ubezpieczyciela, Oddziału Ubezpieczyciela lub agenta ubezpieczeniowego współpracującego z Ubezpieczycielem.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI UBEZPIECZENIA
PAKIET AGRO PREMIUM

Załącznik nr 2 do Umowy Generalnej Nr 5/2011/BUR
Ubezpieczenia Mienia w Leasingu Pakiet Agro Premium
z dnia 17.11.2011 roku.
Niniejsze SWU obowiązują w odniesieniu
do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 02.01.2020 roku.

Spis treści

Wykaz postanowień umownych
Rozdział I - Postanowienia ogólne……str. 3
Rozdział II - Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych……..... str. 6
Rozdział III - Ubezpieczenie Agro Casco……...str. 6
Rozdział IV - Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów……...str. 11
Tabela rodzajów oraz określonych procentowo uszczerbków na zdrowiu…… str. 14
Klauzula nr 1 dotycząca wynajęcia zastępczego przedmiotu ubezpieczenia …… str. 24
Klauzula nr 2 dotycząca szkód w ogumieniu …….. str. 24
Informacja o przetwarzaniu danych osobowych …… str. 25

Wykaz postanowień umownych – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów

	Postanowienia wspólne dla wszystkich rodzajów ubezpieczeń	Postanowienia dotyczące ubezpieczenia Agro - Casco	Postanowienia dotyczące ubezpieczenia NNW kierowcy i pasażerów
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń			
Przedmiot ubezpieczenia	Rozdział I § 3	Rozdział III § 8	Rozdział IV § 18
Zdarzenie / wypadek ubezpieczeniowy	Rozdział I § 2, § 4 ust. 6	Rozdział III § 8	Rozdział IV § 18
Zakres ubezpieczenia (w tym możliwe rozszerzenia)	Rozdział I § 3	Rozdział III § 8	Rozdział IV § 18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia			
Wyłączenia odpowiedzialności	n/d	Rozdział III § 9	Rozdział IV § 19
Ograniczenia odpowiedzialności (udziały własne, franszyzy, niedoubezpieczenie)	n/d	Rozdział III § 9	Rozdział IV § 19
Obowiązki ubezpieczającego / ubezpieczonego i konsekwencje ich niewykonania	Rozdział I § 5	Rozdział III §§ 11, 13	Rozdział IV § 21
Suma ubezpieczenia / suma gwarancyjna oraz ewentualne podlimity odpowiedzialności	n/d	Rozdział III § 10	Rozdział IV § 20

ROZDZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1
DEFINICJE

Terminom użytym w niniejszych szczegółowych warunkach ubezpieczenia, zwanych dalej SWU, umowie, oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia lub jej wykonywaniem - jeżeli z kontekstu nie wynika odmienne znaczenie – nadaje się następujące znaczenie:

1) Umowa ubezpieczenia – oznacza indywidualną umowę ubezpieczenia konkretnego Przedmiotu ubezpieczenia, zawieraną w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia Mienia w Leasingu Pakiet Agro Premium łączącej Ubezpieczyciela i Finansującego;
2) Umowa leasingu – umowa cywilnoprawna w rozumieniu art. 709[1] i n. K.C. jak również umowa najmu lub dzierżawy dotycząca przedmiotu ubezpieczenia, a także umowa pożyczki lub kredytu, na podstawie której Korzystający uzyskał finansowanie zakupu przedmiotu ubezpieczenia lub inna podobna umowa nienazwana zawarta przez Korzystającego z Finansującym;
3) Ubezpieczyciel – oznacza Concordia Polska T.U. S.A.;
4) Ubezpiecz**ający** – oznacza podmiot zawierający umowę ubezpieczenia. W przypadku niniejszych SWU, Ubezpieczającym jest Finansujący lub Korzystający;
5) Ubezpieczony – oznacza:
    a. w obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych – posiadacza przedmiotu ubezpieczenia;
    b. w ubezpieczeniu Agro-Casco – właściciela przedmiotu ubezpieczenia, a w zakresie wskazanym w § 16 ust. 4 - Korzystającego;
    c. w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów – każdego uprawnionego kierowcę lub pasażera ubezpieczonego pojazdu.
6) **Finansujący** – Santander Leasing S.A., który zawiera z Korzystającym Umowę Leasingu;
7) **Korzystający** – osoba/podmiot, która jest związana z Finansującym Umową Leasingu lub osoby/podmioty umocowane do prowadzenia spraw Korzystającego. W zakresie praw i obowiązków Korzystającego oraz konsekwencji ich niewykonania, za Korzystającego uważa się również osoby/podmioty, za które Korzystający ponosi odpowiedzialność. Przez Korzystającego rozumie się również podnajmującego tj. osobę/podmiot korzystający czasowo z Przedmiotu ubezpieczenia na podstawie umowy wynajmu/wydzierżawienia, zawartej za zgodą Finansującego;
8) Ochrona ubezpieczeniowa - oznacza odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyk określonych w polisie ubezpieczeniowej;
9) Odszkodowanie - oznacza kwotę, którą Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić Ubezpieczonemu z tytułu zaistnienia szkody ubezpieczeniowej;
10) Suma ubezpieczenia (gwarancyjna) – oznacza górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla jednego i wszystkich zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
11) Wyczerpanie sumy ubezpieczenia (gwarancyjnej) – oznacza jednorazową wypłatę lub sumę kolejnych wypłat odszkodowania w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia (gwarancyjnej);
12) Osoby bliskie – oznacza osoby stale zamieszkujące lub zameldowane z Korzystającym, a w szczególności:
    a. małżonka lub osobę, która pozostaje z Korzystającym w faktycznym związku (konkubina, konkubent),
    b. dzieci, pasierbów, dzieci przysposobione lub dzieci przyjęte na wychowanie,
    c. rodziców, teściów, przysposabiających, ojczyma, macochę,
    d. dziadków, wnuki, rodzeństwo, synowe i zięciów,
    e. inne osoby zameldowane lub zamieszkujące z Korzystającym, będące na jego utrzymaniu, a także pomoc domową;
13) Osoby trzecie – oznacza wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym (czyli osoby inne niż Ubezpieczyciel, Ubezpieczający lub Ubezpieczony);
14) **Maszyna rolnicza (sprzęt**) – oznacza ciągnik rolniczy, pojazd, maszynę, narzędzie zawieszane lub ciągnięte przez pojazd, służące do produkcji rolnej lub prowadzenia gospodarstwa rolnego;
15) **Maszyna rolnicza (sprzęt) nielegalnie wprowadzona na** polski obszar celny – oznacza maszynę rolniczą (sprzęt), jeżeli:
    a. nie została dostarczona lub zgłoszona do odprawy celnej,
    b. została wprowadzona do kraju z dopełnieniem obowiązku celnego, ale bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia prawne regulujące obrót maszynami rolniczymi (sprzętem);
16) **Ciągnik rolniczy** – oznacza pojazd silnikowy skonstruowany do używania łącznie ze sprzętem do prac rolnych, leśnych lub ogrodniczych; ciągnik taki może być również przystosowany do ciągnięcia przyczep oraz do prac ziemnych;
17) **Postępowanie** likwidacyjne - oznacza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia zgłoszonego Ubezpieczycielowi jako wypadek ubezpieczeniowy, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia;
18) **Plac składowy** – oznacza wydzielony teren wolny od zabudowy mieszkalnej lub gospodarczej, na którym składowane są maszyny rolnicze (sprzęt);
19) P**odwykonawca Ubezpieczającego/Korzystającego** – **przedsiębiorca**, któremu **Ubezpieczający/Korzystający** zleca wykonanie pracy lub usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej;
20) Pojazd - oznacza środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszynę (sprzęt) lub urządzenie do tego przystosowane;
21) **Podwórze** – oznacza wydzielone z otwartej przestrzeni miejsce przed domem mieszkalnym lub wśród zabudowań gospodarczych;
22) Pracownik – osoba fizyczna, zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę albo na podstawie umowy cywilnoprawnej (z wyjątkiem osoby fizycznej, która zawarła z **Ubezpieczającym / Korzystającym** umowę cywilnoprawną jako **przedsiębiorca**); za pracownika uznaje się także praktykanta, stażystę lub wolontariusza, któremu **Ubezpieczający / Korzystający** powierzył wykonanie określonych czynności na jego rzecz i pod jego kierownictwem;
23) P**rzedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową;
24) R**eprezentant Ubezpieczającego** lub **Korzystającego** – w rozumieniu niniejszych SWU, za reprezentantów **Ubezpieczającego** lub **Korzystającego** uważa się:

a. w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora, jego zastępców, jego pełnomocników oraz zarządcę,
b. w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych – członków zarządu, prokurentów i ich pełnomocników,
c. w przypadku spółek komandytowo-akcyjnych – komplementariusza będącego osobą fizyczną, akcjonariusza, prokurentów i ich pełnomocników,
d. w przypadku spółek jawnych i komandytowych – wspólników, komplementariuszy będących osobami fizycznymi, prokurentów i ich pełnomocników,
e. w przypadku spółek partnerskich – partnerów, prokurentów i ich pełnomocników,
f. w przypadku spółek cywilnych – wspólników oraz ich pełnomocników,
g. w przypadku osób fizycznych – osobę fizyczną zawierającą **Umowę** ubezpieczenia i jej pełnomocników,
h. w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członków zarządu;

25) Szkoda – oznacza utratę, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia bezpośrednio wskutek objętego ochroną ubezpieczeniową zdarzenia; za jedną szkodę uważane są wszystkie uszkodzenia, utrata lub zniszczenie ubezpieczonego mienia powstałe wskutek tej samej przyczyny i mające miejsce w tym samym czasie; przez przyczynę rozumiane jest ubezpieczone zdarzenie, które bezpośrednio powoduje powstanie szkody;
26) **Szkoda całkowita w maszynie rolniczej (sprzęcie)** – oznacza kradzież, jej całkowite zniszczenie lub takie uszkodzenie, że orientacyjny koszt naprawy przekracza 70% wartości rzeczywistej maszyny (sprzętu) w stanie bezpośrednio sprzed zdarzenia wywołującego szkodę lub z dnia wystąpienia szkody;
27) S**zkoda częściowa** – szkoda nie będąca szkodą całkowitą.
28) Polisa ubezpieczeniowa – oznacza dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
29) **Usługowe wykorzystanie przedmiotu ub**ezpieczenia – wykorzystanie przedmiotu ubezpieczenia w postaci maszyny rolniczej, narzędzia rolniczego bądź wyposażenia dodatkowego maszyny rolniczej do prac wykonywanych na rzecz innych podmiotów i osób innych niż sam Ubezpieczony/Korzystający, bez względu na to czy takie wykorzystanie maszyny rolniczej wiąże się z odpłatnością na rzecz Ubezpieczonego/Korzystającego czy też jest nieodpłatne oraz bez względu na to kto obsługuje przedmiot ubezpieczenia lub nim kieruje podczas jego wykorzystywania w taki sposób;
30) D**ziałalność gospodarcza** – to zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły;
31) **Działalność rolnicza** – to działalność wytwórcza w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego, a także wynajmowania przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwach rolnych innych usług związanych z pobytem turystów.

§ 2
DEF**INICJE ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

W rozumieniu niniejszych SWU za:

1. **Awarię** – uważa się wadliwe funkcjonowanie maszyny rolniczej (sprzętu) spowodowane uszkodzeniami mechanicznymi;
2. **Nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony - niezależnie od swojej woli - doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
3. **Kradzież maszyny rol**niczej **(sprzętu)** - uważa się zabór w celu przywłaszczenia cudzej maszyny rolniczej (sprzętu), jej części lub wyposażenia przez osobę nie uprawnioną do korzystania lub rozporządzania tą maszyną rolniczą (sprzętem);
4. T**rwały uszczerbek na zdrowiu** - uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które polega na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodując upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy.

§ 3
PRZEDMIOT UMOWY

1. Niniejsze szczegółowe warunki ubezpieczenia określają zasady i tryb na jakich Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia Pakiet Agro Premium może obejmować:
   1) ubezpieczenie Agro-Casco maszyn rolniczych (sprzętu),
   2) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów,
   3) obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej też „OCK") w odniesieniu do pojazdów rolniczych.
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa każdorazowo Ubezpieczający w zgłoszeniu do ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że Ubezpieczenia określone w ust. 2 pkt. 2)-3) mogą zostać zawarte wyłącznie wraz z ubezpieczeniem Agro-Casco.
4. Ograniczenie wskazane w ust. 3. nie ma zastosowania w przypadku kontynuacji ubezpieczenia OCK po wystąpieniu szkody całkowitej, jeżeli na Ubezpieczającym zgodnie z przepisami prawa spoczywa obowiązek zawarcia takiego ubezpieczenia.

§ 4
UDZIELENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający wyraża wolę ubezpieczenia na niniejszych warunkach ubezpieczenia przez wysłanie do Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie danego przedmiotu ubezpieczenia.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzone zostanie wydaniem polisy ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego Korzystającego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się nie wcześniej niż z momentem otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie.
4. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest zgodność przedmiotu ubezpieczenia z warunkami umowy ubezpieczenia.
5. Na wniosek Ubezpieczającego, umowy ubezpieczenia OCK, AC, NWK mogą być zawarte na czas trwania umowy leasingu, przy czym w przypadku umów ubezpieczenia AC, NWK nie dłużej niż na okres 60 miesięcy (na okresy będące wielokrotnością 12 miesięcy), a w przypadku umów ubezpieczenia OCK na kolejno następujące po sobie okresy 12-miesięczne, których ilość nie może przekroczyć pięciu. Okres ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczania wynosi 12 miesięcy, przy czym, w odniesieniu do ubezpieczenia Agro-Casco, okres ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, w ostatnim roku Umowy leasingu, wynosi 13 miesięcy.
6. Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel obejmuje szkody oraz świadczenia powstałe wskutek zdarzeń, które miały miejsce w trakcie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego przedmiotu ubezpieczenia kończy się:
   1) w dniu, w którym upłynął okres ubezpieczenia,

2) z dniem przeniesienia przez Ubezpieczonego praw własności do przedmiotu ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej – o ile nie zostały spełnione przewidziane w niniejszych SWU warunki skuteczności przejścia praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia,
3) w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia,
4) z dniem wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą lub kradzież pojazdu.

8. W ubezpieczeniu Agro-Casco w przypadku zbycia Przedmiotu Ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę Przedmiotu Ubezpieczenia bez uprzedniej zgody Ubezpieczyciela. Jednak warunkiem skuteczności przejścia praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia jest powiadomienie Ubezpieczyciela o tym fakcie (przez zbywcę bądź nabywcę przedmiotu ubezpieczenia) najpóźniej w dniu przeniesienia własności Przedmiotu Ubezpieczenia. Warunek ten nie dotyczy jednak:
   1) przeniesienia praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia w związku z przeniesieniem własności Przedmiotu Ubezpieczenia z Finansującego na Korzystającego;
   2) przeniesienia praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia w związku z przeniesieniem własności Przedmiotu Ubezpieczenia z Korzystającego na Finansującego (w przypadku przewłaszczenia na zabezpieczenie).
9. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy ubezpieczenia OCK w przypadku przeniesienia własności Przedmiotu Ubezpieczenia odbywa się zgodnie z właściwymi przepisami prawa.
10. W ubezpieczeniu Agro-Casco w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dokona na rzecz Ubezpieczającego zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu tej ochrony.
11. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz niewykorzystanej sumy ubezpieczenia.
12. Zwrot składki nie przysługuje, gdy wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej jest następstwem jej wykorzystania w związku z:
   1) wypłatą odszkodowania lub odszkodowań wyczerpujących sumę ubezpieczenia,
   2) wypłatą odszkodowania lub odszkodowań na skutek szkody całkowitej w przedmiocie ubezpieczenia bądź kradzieży przedmiotu ubezpieczenia.
13. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu OCK odbywa się zgodnie z właściwymi przepisami prawa.

§ 5
OBOWIĄZKI INFORMACYJNE **UBEZPIECZAJĄCEGO I KORZYSTAJĄCEGO**

1. **Ubezpieczający** ma obowiązek poinformować Ubezpieczyciela o wszystkich znanych sobie okolicznościach, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w polisie albo przed zawarciem Umowy w innych pismach.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1 przekazane przez Korzystającego (w przypadku gdy Ubezpieczającym jest Finansujący) traktuje się jako podane przez Ubezpieczającego.
3. W czasie trwania Umowy, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach okoliczności istotnych dla umowy ubezpieczenia, a w szczególności mogących mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia szkody, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku ubezpieczeniowego bądź w polisie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli zdarzenie jest następstwem tych okoliczności, o których Ubezpieczyciel nie wiedział, bądź co do których miał błędne informacje na skutek naruszenia obowiązku wskazanego w ust. 1 lub 3. Jeżeli obowiązek ten naruszono z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzednim.

§ 6
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia przewidziane w SWU powinny być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności oraz doręczone za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru lub przesyłką kurierską, na wskazane przez Strony adresy do korespondencji.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Korzystający w okresie ubezpieczenia zmienił adres siedziby lub zamieszkania ma obowiązek zawiadomienia Ubezpieczyciela o tym fakcie i podania nowych danych adresowych.
3. Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
4. Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
5. Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
   1) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawionym z Umowy ubezpieczenia;
   2) osoba fizyczna dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
6. Zgodnie z przyjętymi przez Ubezpieczyciela zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący **Ubezpieczającym**, Ubezpieczonym, **Uposażonym** lub Uprawionym z Umowy ubezpieczenia.
7. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
   1) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
   2) pisemnie na adres Ubezpieczyciela: ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań;
   3) telefonicznie pod numerem telefonu 61 858 48 00;
   4) jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: skargi@concordiaubezpieczenia.pl.
8. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
9. W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.

10. Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź za złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
11. Spory związane z usługami świadczonymi przez Ubezpieczyciela mogą być rozstrzygane:
    1) przed Sądem Polubownym przy Rzeczniku Finansowym, o ile wartość przedmiotu sporu jest wyższa niż 1 000 zł;
    2) przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
12. Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
    1) Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl);
    2) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia (www.uokik.gov.pl).
13. Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.

ROZDZIAŁ II
OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH

§ 7
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA; WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI; LIKWIDACJA SZKODY, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Warunki obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych określa Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

ROZDZIAŁ III
UBEZPIECZENIE AGRO-CASCO

§ 8
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie obejmuje wskazane w zgłoszeniu do ubezpieczenia maszyny rolnicze (sprzęt) stanowiące własność Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w postaci:
    1) kombajnów rolniczych, sieczkarni polowych,
    2) ciągników rolniczych, ładowarek wykorzystywanych w rolnictwie,
    3) agregatów uprawowych, sadzarek i glebogryzarek ciągnikowych,
    4) kultywatorów, siewników, rozrzutników, kosiarek, opryskiwaczy,
    5) pras,
    6) rolniczych przenośnych suszarni do zboża i kukurydzy,
    7) środków transportowych bez własnego napędu (przyczep, naczep itp.),
    8) innych maszyn rolniczych (sprzętu).
2. Ubezpieczenie obejmuje szkody materialne powstałe w bezpośrednim następstwie zdarzeń wchodzących w zakres ochrony ubezpieczeniowej, zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje szkody w maszynie rolniczej (sprzęcie) oraz w jej części wskutek wszelkich zdarzeń niezależnych od woli ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do korzystania z maszyny rolniczej (sprzętu), z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności określonych w niniejszych SWU.
4. W szkodach spowodowanych awarią (o ile zgodnie z niniejszymi SWU Ubezpieczyciel ponosi za takie szkody odpowiedzialność), odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 50 000 PLN.
5. W odniesieniu do kradzieży maszyny rolniczej (sprzętu) lub jej części, zastosowanie mają szczególne zasady odpowiedzialności określone w § 12.
6. W granicach sumy ubezpieczenia mienia, ochroną objęte są także szkody powstałe bezpośrednio wskutek akcji gaśniczej, ratowniczej, wyburzenia lub odgruzowania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzeń, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
7. Ochroną ubezpieczeniową na warunkach niniejszej Umowy objęte jest również mienie oddane przez Korzystających do używania w podleasing, najem lub dzierżawę zgodnie z aktami wewnętrznymi Finansującego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
    1) w przypadku przekazania przez Korzystającego mienia w podleasing spółce z grupy Korzystającego, Korzystający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczyciela lub Finansującego o umowie podleasingu w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy; w takim wypadku ochrona będzie kontynuowana, jednak jeśli w/w termin zostanie przekroczony, ochrona ubezpieczeniowa zostaje zawieszona do dnia przekazania przez Korzystającego w/w informacji;
    2) w przypadku przekazania mienia podmiotowi, który nie jest powiązany kapitałowo z Korzystającym, ochrona ubezpieczeniowa mienia w podleasingu rozpoczyna się od dnia następnego po uzyskaniu przez Ubezpieczyciela lub Finansującego informacji o zawarciu umowy podleasingu oraz następujących informacji o podleasingobiorcy:
        a) nazwa firmy,
        b) siedziba,
        c) NIP,
        d) miejsce użytkowania ubezpieczonego mienia.
8. Korzystający oddający mienie w podleasing zobowiązany jest przekazać podleasingobiorcy SWU.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia Agro-Casco – w zakresie w jakim wynika to z postanowień SWU – jest uzależniona od dopełnienia określonych obowiązków przez Korzystającego. Finansujący (jeśli jest Ubezpieczającym) powinien przekazać Korzystającemu odpowiednie informacje dotyczące obowiązków Korzystającego wynikających z niniejszych SWU. Zaniedbania Korzystającego w zakresie jego obowiązków spowodują konsekwencje przewidziane w niniejszych SWU bez względu na to czy informacja taka została Korzystającemu przez Ubezpieczającego przekazana czy też nie.

§ 9
WYŁĄCZENIA i OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczeniem nie są objęte:
    1) maszyny rolnicze (sprzęt) złożone poza zakładem produkcyjnym producenta (tzw. składaki),
    2) maszyny rolnicze (sprzęt) wykonane systemem gospodarczym (tzw. samy),
    3) pojazdy typu Quad,
    4) maszyny rolnicze (sprzęt) nie zarejestrowane o ile podlegają obowiązkowi rejestracji.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:
    1) dotyczące materiałów pędnych, eksploatacyjnych lub smarnych,
    2) wynikające z naturalnego zużycia maszyny rolniczej (sprzętu) lub jej części (tzw. szkody eksploatacyjne) albo

związane z wadą wykonania maszyny rolniczej (sprzętu) lub jej naprawy,
3) polegające na spadku wartości handlowej maszyny rolniczej (sprzętu) w następstwie zgłoszonej szkody,
4) podczas transportu maszyny rolniczej (sprzętu), z zastrzeżeniem ust. 4,
5) których wartość nie przekracza 500 PLN (franszyza integralna).

3. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 2 pkt. 1) nie dotyczy zderzenia się maszyny rolniczej (sprzętu) z osobami, zwierzętami lub przedmiotami.
4. Wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 2 pkt. 4), nie dotyczy:
   1) maszyn rolniczych (sprzętu) zawieszanych na ciągnikach rolniczych lub ciągniętych przez ciągniki rolnicze,
   2) pojedynczych podzespołów i elementów maszyn rolniczych (sprzętu) stanowiących ich część składową, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa powinny być transportowane na przyczepach (naczepach) specjalnie do tego celu przystosowanych.
5. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych:
   1) w ciągnikach rolniczych nie posiadających w chwili zajścia zdarzenia ważnego badania technicznego potwierdzonego odpowiednim wpisem w dowodzie rejestracyjnym, chyba że nie miało to wpływu na powstanie albo rozmiar szkody. Ubezpieczyciel dopuszcza brak ważnego badania technicznego w okresie jednego miesiąca licząc od dnia, w którym faktycznie badanie techniczne powinno być przeprowadzone;
   2) w maszynach rolniczych (sprzęcie), których zakup jest potwierdzony sfałszowanymi dowodami zakupu;
   3) w maszynach rolniczych (sprzęcie) podlegających obowiązkowi zgłoszenia celnego, o ile obowiązek ten nie został spełniony lub został spełniony na podstawie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, chyba że Ubezpieczający/Korzystający nie miał świadomości tego faktu;
   4) w maszynie rolniczej (sprzęcie) nielegalnie wprowadzonej na polski obszar celny, chyba że Ubezpieczający/Korzystający nie miał świadomości tego faktu;
   5) podczas używania maszyny rolniczej (sprzętu) jako narzędzia przestępstwa;
   6) w czasie używania maszyny rolniczej (sprzętu) w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w maszynach rolniczych (sprzęcie) uczestniczących w akcjach protestacyjnych lub blokadach dróg;
   7) wskutek kradzieży, jeżeli nie zostały spełnione minimalne wymogi zabezpieczenia maszyn rolniczych (sprzętu) określone w §12;
   8) wskutek kradzieży, jeżeli:
      a) klucze służące do otwarcia i uruchomienia pojazdu samobieżnego nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, a także w przypadku jeżeli Ubezpieczający/Korzystający nie przedłożył Ubezpieczycielowi kompletu wyżej wymienionych kluczy w przypadku zgłoszenia szkody, chyba że Ubezpieczający/Korzystający zgłosił Ubezpieczycielowi przed dniem, w którym zaszło zdarzenie, utratę któregoś z kluczyków,
      b) w odniesieniu do pojazdów podlegających rejestracji, dokumenty pojazdu (w postaci dowodu rejestracyjnego i karty pojazdu (o ile taka została wydana) nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, a także w przypadku jeżeli poszkodowany nie przedłożył oryginału dowodu rejestracyjnego i karty pojazdu (o ile taka została wydana) lub ich wtórników wydanych przez Uprawniony organ (urząd) – o ile wtórniki te zostały wydane na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego/Korzystającego przed dniem, w którym zaszło zdarzenie
   9) podczas używania maszyn rolniczych (sprzętu) przez osoby w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków odurzających, chyba że nie miało to wpływu na powstanie albo rozmiar szkody;
   10) podczas obsługiwania maszyny rolniczej (sprzętu) przez osoby nie posiadające właściwych wymaganych prawem uprawnień do obsługi maszyny rolniczej (sprzętu);
   11) podczas wykonywania napraw i konserwacji;
   12) w wyniku awarii, chyba że awaria została spowodowana przedostaniem się ciała obcego o rozmiarach nieprzewidzianych w konstrukcji maszyny rolniczej (sprzętu);
   13) spowodowane wybuchem w silnikach, gdy wybuch związany był z ich naturalną funkcją;
   14) eksploatacyjne lub powstałe w elementach silnie skorodowanych lub w maszynach rolniczych (sprzęcie) przeznaczonych na złom;
   15) polegające na zniszczeniu lub uszkodzeniu ogumienia lub gąsienicy, chyba że powstały one jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części maszyn rolniczych (sprzętu), za uszkodzenie których wypłacane jest odszkodowanie;
   16) w maszynie rolniczej (sprzęcie) oddanej do sprzedaży komisowej;
   17) podczas jazd próbnych, prototypowych testów, rajdów, wyścigów, treningów, konkursów;
   18) w postaci utraconych zysków oraz poniesionych strat wynikających ze zobowiązań i umów.
6. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 5 pkt. 10) nie dotyczy zdarzeń mających charakter nadzwyczajny, niespodziewany i niezależny od woli osoby obsługującej maszynę rolniczą (sprzęt), które wystąpiły w okresie ubezpieczenia, o ile działały one na ubezpieczone mienie z zewnątrz.
7. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód w maszynach rolniczych (sprzęcie) pochodzących z kradzieży lub innego przestępstwa.
8. Z zastrzeżeniem ust. 9, ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych wskutek umyślnej winy lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Korzystającego albo osób, z którymi Ubezpieczający lub Korzystający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Jednak odszkodowanie za szkodę wyrządzoną wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego przysługuje jeśli wymagają tego względy słuszności.
9. O ile nie umówiono się inaczej, ilekroć w niniejszych OWU mowa jest o winie umyślnej lub rażącym niedbalstwie **Ubezpieczającego** lub **Korzystającego** albo o braku lub ograniczeniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela z uwagi na działania lub zaniechania **Ubezpieczającego** lub Korz**ystającego**, należy przez to rozumieć również winę umyślną lub rażące niedbalstwo lub działania lub zaniechania:
   1) odpowiednio **reprezentantów Ubezpieczającego** lub **reprezentantów Korzystającego**;
   2) odpowiednio **pracowników** lub **podwykonawców Ubezpieczającego** lub pr**acowników** lub **podwykonawców Korzystając**ego.
10. Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody spowodowane przez:
    1) sytuacje nadzwyczajne, to jest: działania wojenne, stan wojenny, stan wyjątkowy, wojnę domową, zamieszki, rozruchy, niepokoje społeczne, trzęsienia ziemi, strajki, lokauty oraz akty terroryzmu i sabotażu, a także konfiskatę,

nacjonalizację, przetrzymywanie lub zarekwirowanie mienia przez władzę;
2) wyjątkowe czynniki: działanie energii jądrowej lub skażenie radioaktywne, promienie laserowe i maserowe oraz pole magnetyczne i elektromagnetyczne.

11. O ile nie umówiono się inaczej rozszerzając ochroną ubezpieczeniową, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje **szkód** związanych z lub powstałych w trakcie **usługowego** wykorzystania przedmiotu ubezpieczenia.
12. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać wyłączona lub ograniczona w przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczającego lub Korzystającego obowiązków wskazanych w §§ 5, 11, 13, 17 na zasadach tam wskazanych.
13. Ponadto odszkodowanie może podlegać ograniczeniom w przypadkach wskazanych w § 8 ust. 4 oraz § 16 ust. 5.

§ 10
SUMA UBEZPIECZENIA

1. W pierwszym roku ubezpieczenia sumę ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia, który jest fabrycznie nowy lub znajduje się w pierwszym roku eksploatacji - stanowi wartość fakturowa netto lub brutto. W kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia będzie umniejszana w sposób następujący:
   1) o 10% po pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia,
   2) o 8% po drugim roku i każdym kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia licząc od wartości pomniejszonej (umniejszenie metodą iloczynową).
2. W pierwszym roku ubezpieczenia sumę ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia, którego okres eksploatacji jest dłuższy niż 1 rok - stanowi wartość fakturowa netto lub brutto pomniejszona o 10% za każdy pełny rok eksploatacji (licząc iloczynowo). W kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia będzie umniejszana o 10% licząc od wartości pomniejszonej (umniejszenie metodą iloczynową).
3. Decyzję o ubezpieczeniu wg wartości brutto lub netto podejmuje Ubezpieczający przy zawarciu umowy ubezpieczenia na pierwszy rok. Decyzja ta ma zastosowanie do wszystkich kolejnych umów ubezpieczenia dotyczących danego przedmiotu ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia ustalona wg zasad określonych w ust. 1 i 2 jest stała przez okres 12 miesięcy.
5. Za wartość fakturową uważa się wartość faktury nabycia maszyny rolniczej (sprzętu) na rynku pierwotnym (od autoryzowanego dealera). W przypadku braku faktury za wartość fakturową uważa się aktualną w dacie wyprodukowania maszyny rolniczej (sprzętu):
   1) wartość rynkową identycznej nowej maszyny rolniczej (sprzętu)
   2) lub – w przypadku braku możliwości ustalenia wartości identycznej maszyny rolniczej (sprzętu) - wartość rynkową nowej maszyny rolniczej (sprzętu) o najbardziej zbliżonych parametrach.
6. Okres eksploatacji jest liczony zawsze od daty wystawienia faktury na rynku pierwotnym, a w przypadku braku faktury od ostatniego dnia roku kalendarzowego w którym maszyna rolnicza została wyprodukowana.
7. Ubezpieczający ustala oddzielne sumy ubezpieczenia w stosunku do poszczególnych maszyn rolniczych (sprzętu).
8. W przypadku wystąpienia szkód częściowych i wypłaconych z tego tytułu odszkodowań, suma ubezpieczenia nie ulega umniejszeniu.
9. Z zastrzeżeniem uprawnienia Ubezpieczającego wynikającego z art. 824 § 2 Kodeksu Cywilnego, w razie gdy w trakcie danego, 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, ulegnie zmianie wartość maszyny rolniczej (sprzętu), wskazana w zgłoszeniu do ubezpieczenia maszyna rolnicza (sprzęt) będzie ubezpieczona do końca tego 12-miesięcznego okresu na dotychczasowych warunkach. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia dokonywana jest na wniosek Ubezpieczającego począwszy od kolejnego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia na podstawie nowego zgłoszenia do ubezpieczenia przyjętego przez Ubezpieczyciela najpóźniej na 10 dni przed końcem danego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia.

§ 11
SZCZEGÓLNE OBOWIĄZKI KORZYSTAJĄCEGO

1. W odniesieniu do maszyn rolniczych (sprzętu) będących pojazdami wolnobieżnymi o wartości wyższej niż 350 000 PLN, Korzystający jest zobowiązany zapewnić, by osoby które te maszyny rolnicze (sprzęt) będą obsługiwały, posiadały dokument potwierdzający ukończenie kursów lub szkoleń z obsługi tych maszyn rolniczych (sprzętu) wydany przez osoby do tego upoważnione. Za osoby upoważnione do wydawania dokumentów potwierdzających ukończenie kursów lub szkoleń z obsługi maszyn rolniczych (sprzętu) uważa się przedstawicieli producentów, dealerów, autoryzowanych serwisów maszyn rolniczych (sprzętu).
2. W przypadku wystąpienia szkody, brak dokumentu potwierdzającego ukończenie kursów lub szkoleń, o których mowa w ust. 1 będzie skutkował wprowadzeniem udziału własnego w szkodzie w wysokości 10% wartości szkody, nie mniej niż 2 000 zł.
3. Korzystający zobowiązany jest do transportu elementów maszyn rolniczych (sprzętu) stanowiących ich część składową na przyczepach (naczepach) specjalnie do tego celu przystosowanych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Do obowiązków Korzystającego należy również:
   1) przestrzeganie przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o budowie i eksploatacji mienia danego rodzaju oraz instrukcji obsługi poszczególnych urządzeń,
   2) stosowanie się do obowiązujących przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych, o wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami oraz do innych przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody,
   3) przestrzeganie wymogów zabezpieczenia mienia przed kradzieżą określonych w postanowieniach niniejszych SWU, utrzymanie Ubezpieczonych maszyn rolniczych (sprzętu) oraz budynków, w których one się znajdują w należytym stanie technicznym,
   4) umożliwienie Ubezpieczycielowi dostępu do ubezpieczonego mienia w celu dokonania lustracji ryzyka oraz przedstawienie dokumentów związanych z jego zakupem oraz eksploatacją.
5. W przypadku niedopełnienia przez Korzystającego któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 3 oraz 4, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub całości - w zależności od zakresu, w którym niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar.

§ 12
MINIMALNE WYMOGI ZABEZPIECZENIA MASZYN ROLNICZYCH (S**PRZĘTU) PRZED KRADZIEŻĄ**

1. Ubezpieczyciel akceptuje istniejący stan zabezpieczeń przeciwkradzieżowych zamontowanych fabrycznie w maszynie rolniczej (sprzęcie). Zamek w drzwiach maszyny rolniczej (sprzętu) jest uznawany za zabezpieczenie spełniające minimalne wymogi zabezpieczenia maszyny rolniczej (sprzętu) przed kradzieżą, a maszyny rolnicze (sprzęt), które nie posiadają zabezpieczeń przeciwkradzieżowych Ubezpieczyciel przyjmuje do ubezpieczenia bez konieczności ich montowania.

2. Maszyny rolnicze samobieżne nie mogą mieć pozostawionych kluczyków w stacyjkach zapłonowych, a wszystkie drzwi w tych maszynach powinny być zamknięte na zamek fabryczny lub w inny sposób zabezpieczone od zewnątrz. Naruszenie powyższego obowiązku skutkuje brakiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkodę polegającą na kradzieży przedmiotu ubezpieczenia, w stosunku do którego obowiązki te zostały naruszone.

§ 13
OBOWIĄZKI W PRZYPADKU ZAJŚCIA WYPADKU
UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego obowiązkiem Ubezpieczającego/Korzystającego jest niezwłoczne poinformowanie o tym fakcie Ubezpieczyciela, nie później jednak niż w ciągu 7 dni od daty jej powstania lub uzyskania o niej wiadomości.
2. Do obowiązków Korzystającego w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego należy również:
   1) niezwłoczne, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od uzyskania informacji o wypadku ubezpieczeniowym, powiadomienie miejscowej lub najbliższej jednostki policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa i uzyskanie pisemnego potwierdzenia tego faktu;
   2) podjęcie wszelkich dostępnych środków w celu zapobieżenia szkodzie, zmniejszenia rozmiarów szkody, ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zabezpieczenie bezpośrednio zagrożonego mienia;
   3) zaniechania dokonywania jakichkolwiek zmian w maszynie rolniczej (sprzęcie) oraz rozpoczynania naprawy bez wcześniejszego przeprowadzenia oględzin przez przedstawiciela Ubezpieczyciela i jego zgody, chyba że zmiana jest niezbędna w celu wykonania obowiązku określonego w pkt. 2. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli nie rozpoczął likwidacji szkody w ciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie;
   4) wypełnienie wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów, w szczególności druku zgłoszenia szkody, w którym należy opisać rzeczywisty przebieg zdarzenia i okoliczności powstania szkody;
   5) w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia szkody dostarczyć dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, w tym w szczególności:
      a) oryginały rachunków, kosztorysów i innych dokumentów dotyczących poniesionych kosztów związanych z usunięciem lub naprawą szkód zaistniałych w przedmiocie ubezpieczenia,
      b) wykaz utraconych lub zniszczonych przedmiotów z podaniem ich liczby oraz wartości; wykaz taki Korzystający sporządza na własny koszt,
      c) inne dokumenty, które Ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
   6) podjęcie aktywnej współpracy z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej wartości;
   7) stosowanie się do zaleceń Ubezpieczyciela oraz udzielanie mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
   8) umożliwienie Ubezpieczycielowi ustalenia okoliczności powstania szkody, jej rodzaju i wartości, jak również udzielenie w tym zakresie wszelkich wyjaśnień oraz przedstawienie niezbędnych dowodów, a także dokumentów potwierdzających pochodzenie i nabycie mienia.
3. Wykonanie któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 1 i 2, przez osobę bliską jest równoznaczne z jego wykonaniem przez Korzystającego i wyłącza uprawnienie Ubezpieczyciela do odmowy wypłaty lub odpowiedniego zmniejszenia odszkodowania.
4. W przypadku niedopełnienia przez Korzystającego z winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel ma prawo odpowiednio zmniejszyć lub odmówić wypłaty odszkodowania, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody, braku możliwości odwrócenia szkody braku możliwości ustalenia okoliczności lub skutków zdarzenia lub do niemożności skutecznego dochodzenia przez Ubezpieczyciela roszczeń regresowych w stosunku do sprawcy szkody. W przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, Ubezpieczyciel może domagać się zwrotu całości wypłaconego odszkodowania bądź jego odpowiedniej części.
5. W przypadku niedopełnienia przez Korzystającego któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub całości, w zależności od zakresu, w którym niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar lub na możliwość dochodzenia przez Ubezpieczyciela roszczeń regresowych. W przypadku gdy odszkodowanie zostało już wypłacone, Ubezpieczyciel może domagać się zwrotu całości wypłaconego odszkodowania bądź jego odpowiedniej części.

§ 14
OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
1) terminowej likwidacji szkód i wypłaty odszkodowania (świadczenia) z tytułu zawartych umów ubezpieczenia;
2) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 3 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczonego lub Korzystającego oraz podejmuje postępowania dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, drogą elektroniczną, lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia (odszkodowania), jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

§ 15
USTALENIE ROZMIARU I WYSOKOŚCI SZKODY

1. W przypadku szkody częściowej wysokość szkody, w odniesieniu do części maszyny rolniczej (sprzętu), które uległy uszkodzeniu lub zniszczeniu na skutek wypadku ubezpieczeniowego, nie może przekroczyć wartości nowych oryginalnych części powiększonych o koszty robocizny związanej z naprawą uszkodzonego mienia.
2. W przypadku wystąpienia szkody częściowej w maszynach rolniczych (sprzęcie) w wieku nie przekraczającym 10 lat nie stosuje się potrąceń związanych ze zużyciem technicznym części (w tym materiałów lakierniczych).
3. W przypadku wystąpienia szkody częściowej w maszynach rolniczych (sprzęcie) po przekroczeniu wieku 10 lat stopień rocznych odliczeń wartości części z tytułu zużycia technicznego wynosi 8% za każdy pełen rok następujący. Procent zużycia technicznego jest w następujących po sobie latach obliczany iloczynowo.

4. Wiek maszyny rolniczej (sprzętu), o którym mowa w ust. 2 i 3 oblicza się od ostatniego dnia roku kalendarzowego, w którym maszyna rolnicza (sprzęt) została wyprodukowana.
5. W przypadku szkody częściowej Ubezpieczyciel ustala jej wartość w kwocie odpowiadającej kosztom naprawy, przy czym wartość szkody obejmuje koszty naprawy zgodne z uszkodzeniami opisanymi w protokole oględzin maszyny rolniczej (sprzętu) - ocenie technicznej, sporządzonych przez Ubezpieczyciela lub na jego zlecenie. Dla określenia wysokości szkody wiążące są ceny rynkowe usług oraz części zamiennych obowiązujące w dniu ustalenia odszkodowania.
6. Ustalenie wartości szkody częściowej w ubezpieczeniu Agro-Casco następuje w wariancie rachunkowym (serwisowym) – to jest według wcześniej uzgodnionych z Ubezpieczycielem kosztów i sposobu naprawy uszkodzonego mienia przez zakład dokonujący tej naprawy, z uwzględnieniem zasad dotyczących szacowania wysokości szkody wynikających z postanowień niniejszych SWU.
7. W przypadku naprawy dokonanej bez uprzedniego uzgodnienia z Ubezpieczycielem, ale udokumentowanej fakturami:
   1) koszty naprawy podlegają weryfikacji przez Ubezpieczyciela do średniego poziomu cen usług naprawczych na danym terenie,
   2) koszty części zamiennych i materiałów (w tym lakierniczych) podlegają weryfikacji przez Ubezpieczyciela maksymalnie do cen części i materiałów producenta maszyny rolniczej (sprzętu) zalecanych przez producenta maszyny rolniczej (sprzętu) lub oficjalnego importera do stosowania przez sieć serwisową.
8. Wszelkie rachunki dotyczące kosztów naprawy podlegają weryfikacji przez Ubezpieczyciela co do zakresu robót i wysokości kosztów. Dokonywanie naprawy maszyny rolniczej (sprzętu), sposób naprawy i wysokość jej kosztów muszą być zawsze wcześniej uzgodnione w formie pisemnej z Ubezpieczycielem.
9. Z zastrzeżeniem ust. 10, w przypadku szkody całkowitej w maszynie rolniczej (sprzęcie), Ubezpieczyciel ustala wartość szkody w kwocie równej sumie ubezpieczenia maszyny rolniczej (sprzętu) obowiązującej w dacie powstania szkody.
10. Wartość szkody całkowitej w maszynie rolniczej (sprzęcie) zmniejsza się o wartość pozostałości, tj.:
    1) nieuszkodzonych bądź uszkodzonych w niewielkim stopniu części, które przedstawiają wartość użytkową i majątkową;
    2) całej maszyny rolniczej (sprzętu) lub jej zespołów w stanie uszkodzonym, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku lub sprzedaży.
11. Jeżeli Ubezpieczyciel wyraża zgodę na przeniesienie prawa własności tych pozostałości, o których mowa w ust. 10 na jego rzecz, nie stosuje się pomniejszenia wartości szkody, określonego w ust. 10.
12. Wartość pozostałości ustala się na podstawie aktualnych cen i notowań rynkowych przy uwzględnieniu stopnia ich zużycia eksploatacyjnego.
13. Koszty związane z ustaleniem wysokości szkody, każda ze stron umowy ubezpieczenia ponosi we własnym zakresie.
14. Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:
    1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej przedmiotu ubezpieczenia,
    2) kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą.

§ 16

LIKWIDACJA SZKODY, USTALENIE WYSO**KOŚCI**
ODSZKODOWANIA I JEGO WYPŁATA

1. Likwidacja szkody dokonywana jest przez Biuro Likwidacji Szkód Concordia Polska T.U. S.A. w Poznaniu lub jego upoważnionego przedstawiciela.
2. Wysokość odszkodowania ustala się w granicach sumy ubezpieczenia określonej w §10 w kwocie odpowiadającej wysokości poniesionej szkody, z zastosowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych SWU.
3. Niezależnie od odszkodowania za szkodę w przedmiocie ubezpieczenia ustaloną według zasad podanych w §15 ust. 1-14 Ubezpieczyciel zwraca poniesione przez Korzystającego i udokumentowane oryginalnymi rachunkami oraz uzasadnione okolicznościami szkody wydatki na:
   1) ratowanie przedmiotu ubezpieczenia, zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie rozmiarów szkody w Ubezpieczonym mieniu w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego - jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne;
   2) uzasadniony ekonomicznie transport uszkodzonej maszyny rolniczej (sprzętu) do zakładu naprawczego albo miejsca zamieszkania, po otrzymaniu pisemnej akceptacji Ubezpieczyciela;
   3) parkowanie po wystąpieniu szkody do czasu dokonania oględzin przez Ubezpieczyciela, po otrzymaniu pisemnej akceptacji Ubezpieczyciela.
4. Koszty, o których mowa w ust. 4 pkt. 1), Ubezpieczyciel zwraca Korzystającemu w granicach sumy ubezpieczenia.
5. Wysokość kosztów, o których mowa w ust. 4 pkt. 2) i 3), nie może łącznie przekroczyć 10% sumy ubezpieczenia określonej w zgłoszeniu do ubezpieczenia, ale nie więcej niż 10 000 PLN, chyba że pokrycie wyższych kosztów przez Ubezpieczyciela jest szczególnie uzasadnione oraz Ubezpieczyciel na ich poniesienie wyrazi zgodę.
6. Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia Agro-Casco wypłacane jest Ubezpieczonemu.
7. Ubezpieczyciel ma prawo wyznaczenia niezależnego eksperta w celu określenia przyczyny, wartości szkody i należnego odszkodowania oraz w celu udzielenia Korzystającemu instrukcji i wskazówek dotyczących postępowania zmierzającego do złagodzenia skutków wypadku lub zminimalizowania wartości szkody.
8. W ubezpieczeniu Agro-Casco Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie przedstawionych przez Ubezpieczonego rachunków i faktur, z uwzględnieniem zasad dotyczących szacowania wysokości szkody wynikających z postanowień niniejszych SWU.
9. Odszkodowanie wypłacane jest:
   1) z podatkiem VAT (brutto) – jeśli suma ubezpieczenia ustalona była w wartości brutto (nie była pomniejszona o podatek VAT); warunkiem wypłaty odszkodowania za szkodę częściową z podatkiem jest załączenie do akt szkody oryginałów faktur za naprawę części;
   2) bez podatku VAT (netto) – jeśli suma ustalona była w wartości netto (była pomniejszona o podatek VAT).
10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do oględzin mienia po dokonanej wymianie lub naprawie, a przed wypłatą odszkodowania.
11. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
12. Jeżeli w terminie określonym w ust. 12 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania 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. 12 .
13. Jeżeli w sprawie powstałej szkody zostało wdrożone postępowanie karne, którego wynik może mieć istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości

odszkodowania, bezsporną część odszkodowania wypłaca się w terminie określonym w ust. 12, natomiast pozostała część odszkodowania jest wypłacana w terminie 14 dni od uzyskania przez Ubezpieczyciela informacji o wynikach postępowania przygotowawczego lub po uprawomocnieniu się orzeczenia sądowego.

14. Jeżeli w terminach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, przed upływem 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
15. Odzyskanie utraconych przedmiotów po wypłacie odszkodowania zobowiązuje Ubezpieczonego do zwrotu odszkodowania wypłaconego za te przedmioty albo zrzeczenia się praw do nich na rzecz Ubezpieczyciela.
16. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 17
ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości zapłaconego odszkodowania.
2. Jeżeli wypłacone odszkodowanie pokrywa tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń, co do pozostałej części szkody.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko Korzystającemu oraz przeciwko osobom, z którymi Korzystający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Postanowienie to nie dotyczy jednak sytuacji gdy szkoda została wyrządzona wskutek winy umyślnej bądź rażącego niedbalstwa Korzystającego lub osób, z którymi Korzystający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym bądź za które ponosi odpowiedzialność.
4. Ubezpieczający oraz Korzystający obowiązany jest zabezpieczyć roszczenia regresowe, o ile to możliwe, wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie informacje i dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela, określonych w ust. 1.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego lub Korzystającego, przysługujących mu praw w stosunku do osób trzecich z tytułu szkód objętych umową ubezpieczenia lub naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 4, w następstwie którego jest niemożliwe skuteczne dochodzenie roszczeń regresowych przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania. Jeżeli odszkodowanie zostało już wypłacone, Ubezpieczyciel może wystąpić o zwrot wypłaconej kwoty do Ubezpieczającego.

ROZDZIAŁ IV
UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KIEROWCY I PASAŻERÓW

§ 18
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, mających miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, któremu uległ kierowca lub pasażerowie ubezpieczonego pojazdu mających związek z użytkowaniem ubezpieczonego pojazdu, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ubezpieczenie obejmuje świadczenia w wysokości:
   1) 50% sumy ubezpieczenia - w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku;
   2) procentu sumy ubezpieczenia odpowiadającego procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego rezultatem zaistniałego wypadku; w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wynoszącego 100%, wypłacana jest pełna suma ubezpieczenia.
3. Ubezpieczenie obejmuje także zwrot kosztów:
   1) nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku - do wysokości 30% sumy ubezpieczenia;
   2) przeszkolenia zawodowego inwalidów pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku - do wysokości 30% sumy ubezpieczenia.

§ 19
WYŁĄCZENIA i OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczenie nie obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków doznanych:
   1) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa albo samobójstwa przez Ubezpieczonego;
   2) wskutek prowadzenia przez kierowcę pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień;
   3) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu;
   4) podczas wykorzystywania maszyn rolniczych (sprzętu) niezgodnie z ich przeznaczeniem;
   5) przez pasażerów podczas przewożenia ich w maszynach rolniczych fabrycznie do tego nieprzystosowanych.
2. Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje:
   1) nieszczęśliwych wypadków, które są skutkiem pozostawania kierującego w chwili wypadku w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków odurzających, chyba że nie miało to wpływu na powstanie albo rozmiar szkody;
   2) infekcji, z wyjątkiem zakażenia Ubezpieczonego mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku;
   3) nieszczęśliwych wypadków, w wyniku których nastąpiła śmierć lub uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, będących konsekwencją niewłaściwego wykonania zabiegów medycznych lub leczenia;
   4) zawału serca i udaru mózgu.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych wskutek umyślnej winy lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego albo osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym. Jednak odszkodowanie za szkodę wyrządzoną wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego przysługuje jeśli wymagają tego względy słuszności.
4. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody spowodowane przez:
   1) sytuacje nadzwyczajne, to jest: działania wojenne, stan wojenny, stan wyjątkowy, wojnę domową, zamieszki, rozruchy, niepokoje społeczne, trzęsienia ziemi, strajki, lokauty oraz akty terroryzmu i sabotażu, a także konfiskatę, nacjonalizację, przetrzymywanie lub zarekwirowanie mienia przez władzę;
   2) wyjątkowe czynniki: działanie energii jądrowej lub skażenie radioaktywne, promienie laserowe i maserowe oraz pole magnetyczne i elektromagnetyczne.

5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać wyłączona lub ograniczona w przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązków wskazanych w §§ 5, 21 na zasadach tam wskazanych.

§ 20
SUMA UBEZPIECZENIA

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów suma ubezpieczenia w pojeździe na jednego Ubezpieczonego wynosi 15 000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. W przypadku stwierdzenia, iż w chwili wypadku w Ubezpieczonym pojeździe znajdowało się więcej osób niż jest to przewidziane w konstrukcji pojazdu, sumę ubezpieczenia jednej (każdej) osoby stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 i liczby miejsc w pojeździe, dzielony przez liczbę osób znajdujących się w pojeździe w chwili wypadku (tzw. system miejsc).

§ 21
SZCZEG**ÓLNE OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO**

1. W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów, w razie wypadku, Ubezpieczony obowiązany jest ponadto do:
   1) poddania się leczeniu i stosowania się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku;
   2) poddania się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej;
   3) zwolnienia lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji z leczenia;
   4) zwolnienia publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego, uprawniony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, w szczególności odpisu aktu zgonu oraz dokumentów stwierdzających pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym.
3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub całości, w zależności od zakresu, w którym niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar albo brak możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bądź rozmiaru szkody.

§ 22
OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:
1. terminowej likwidacji szkód i wypłaty świadczenia (odszkodowania) z tytułu zawartych umów ubezpieczenia;
2. po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 3 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczonego oraz podejmuje postępowania dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, drogą elektroniczną lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia (odszkodowania), jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

§ 23
USTALENIE ROZMIARU I WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. Decyzja o wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu jest podejmowana na podstawie dostarczonych dowodów i dokumentacji medycznej.
2. Wysokość trwałego uszczerbku ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, a w przypadku dłuższego leczenia - najpóźniej w ciągu 24 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu nie uprawnia do zmiany wysokości świadczenia. W przypadku, gdy leczenie trwa dłużej niż 6 miesięcy orzeczenie trwałego uszczerbku na zdrowiu może za zgodą Ubezpieczyciela nastąpić przed zakończeniem procesu leczenia, o ile możliwe jest na wcześniejszym etapie orzeczenie trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Na wysokość uszczerbku na zdrowiu mają wpływ także: utrata lub uszkodzenie organu, narządu albo układu, których funkcje już przed wypadkiem były upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wynikającego z innego zdarzenia. W tej sytuacji wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed i po wypadku.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po ustaleniu wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu:
   1) jeżeli Ubezpieczony odebrał świadczenie za poniesiony uszczerbek na zdrowiu, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wtedy, gdy jest ono wyższe od świadczenia wcześniejszego. W tym przypadku z należnego wyższego świadczenia potrąca się kwotę już wypłaconą;
   2) jeżeli Ubezpieczony przed śmiercią nie pobrał jeszcze świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
5. Stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** jest ustalany w oparciu o tabelę rodzajów oraz określonych procentowo **trwałych uszczerbków na zdrowiu**, stanowiącą Załącznik nr 1 do SWU.

§ 24
LIKWIDAC**JA SZKODY, WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Likwidacja szkody dokonywana jest przez Biuro Likwidacji Szkód Concordii Polska T.U. S.A. w Poznaniu lub przez jego upoważnionego przedstawiciela.
2. Wysokość świadczenia ustala się w granicach sumy ubezpieczenia określonej w § 20, z zastosowaniem ograniczeń wynikających z niniejszych SWU.
3. Ubezpieczyciel ma prawo wyznaczenia niezależnego eksperta w celu określenia przyczyny, wartości świadczenia i należnego świadczenia oraz w celu udzielenia Ubezpieczonemu instrukcji i wskazówek dotyczących postępowania zmierzającego do złagodzenia skutków wypadku lub zminimalizowania wartości szkody.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
5. Wypłata świadczenia jest dokonywana w złotych polskich na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
7. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu a zgon był następstwem wypadku, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

8. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się osobie uprawnionej.
9. Jeżeli do dnia śmierci Ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, przysługuje ono członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inni ustawowi spadkobiercy zmarłego.
10. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia 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 świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 4.
11. Jeżeli w sprawie powstałej szkody zostało wdrożone postępowanie karne, którego wynik może mieć istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, bezsporną część świadczenia wypłaca się w terminie określonym w ust. 4, natomiast pozostała część świadczenia jest wypłacana w terminie 14 dni od uzyskania przez Ubezpieczyciela informacji o wynikach postępowania przygotowawczego lub uprawomocnieniu się orzeczenia sądowego.
12. Jeżeli w terminach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Ubezpieczenia w Pakiecie Agro Premium
Tabela rodzajów oraz określonych procentowo uszczerbków na zdrowiu

	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. USZKODZENIA GŁOWY	prawa	lewa
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru ruchomości i tkliwości blizn itp.	do 10	
b) oskalpowanie	25	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	do 10	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy poniżej 2,5 cm	7	
b) o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	do 25	
Uwaga: jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego się wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepnicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	do 15	
5. Porażenie i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	do 80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	do 60	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	do 35	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	30
– 1-2°	do 35	do 25
– 3-4°	do 25	do 15
kończyna dolna wg Skali Lovette'a		
– 0°	40	
– 1-2°	30	
– 3-4°	do 20	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	80	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	30	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	do 80	
c) miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	do 60	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	do 25	
8. Padaczka:		
a) z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100	
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	do 70	
c) padaczka bez zmian psychicznych w zależności od częstości napadów	do 40	
Uwaga: podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a) ciężkie zaburzenia wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy)	100	
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	do 70	
c) encefalopatie z utrwalonymi skargami subiektywnymi, jak bóle, zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, trudności w skupieniu uwagi, z zaburzeniami pamięci, snu itp.	30	
Uwaga: za encefalopatią poza zespołem organicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10. Zaburzenia adaptacyjne będące następstwem urazów i wypadków, w których nie doszło do trwałych uszkodzeń OUN:		
a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo – mózgowym	do 10	

b) ujawnienie się psychozy w następstwie ciężkiego stresu	do 80
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40
d) afazja nieznacznego stopnia	20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	30
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego:	
w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15
w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 30
b) nerwu bloczkowego	3
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20
Uwaga: uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	do 50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 20

B. USZKODZENIA TWARZY	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	do 10
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	do 30
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	do 60
20. Uszkodzenia nosa:	
a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	do 10
b) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	do 20
c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	do 25
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę według tej pozycji (tj. według poz. 19).	
21. Utrata zębów:	
a) siekacze i kły – za każdy ząb	0,5
b) pozostałe zęby począwszy od dwóch – za każdy ząb (niezależnie od zaprotezowania)	1
22. Utrata części szczęki górnej lub dolnej (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków stanu odżywiania i powikłań	do 30
23. Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
a) górnej	40
b) dolnej	50
24. Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) szczęki	do 40
b) żuchwy	do 40
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	do 30
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	do 40
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	3
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	do 15
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	do 40
d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka lewego / Ostrość wzroku oka prawego		1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
		(10/10)	(9/10)	(8/10)	(7/10)	(6/10)	(5/10)	(4/10)	(3/10)	(2/10)	(1/10)	-
		procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1,0	(10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9	(9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8	(8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7	(7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6	(6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5	(5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4	(4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3	(3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2	(2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1	(1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	-	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga: ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
b) utrata wzroku z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	jw
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	jw
d) zanik nerwu wzrokowego	jw
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	jw
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	jw
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	jw
c) ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku	jw
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	jw
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według niżej podanej tabeli:	

zwężenie do	przy nienaruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	45%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	25
d) jednoimienne górne	10
e) jednoimienne dolne	40
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
a) w jednym oku	25
b) w obojgu oczach	40
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):	
a) w jednym oku	10
b) w obojgu oczach	15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać według tabeli ostrości wzroku poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia poz. 32.	
38. Jaskra – oceniać według tabeli ostrości wzroku (poz. 27a) oraz według tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 32), z tym że ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu.	
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	do 100
40. Zaćma urazowa	wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)
41. Przewlekłe zapalenie spojówek	10
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli:	

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

Ucho lewe / Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.	
43. Urazy małżowiny szyjnej:	
a) utrata części małżowiny	5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	do 10
c) utrata jednej małżowiny	15
d) utrata obu małżowin	25
44. Zewnętrzne zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego	
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	jw
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a) jednostronne	5
b) obustronne	10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	do 15
b) obustronne	do 20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 42)
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	ww
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 50
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 40
b) dwustronne	60
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	do 25
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia	do 30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	do 50
b) z bezgłosem	60
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia	do 60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	do 30
b) odżywianie tylko płynami	50
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy	do 30
Uwaga: uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać według poz. 89.	
F. U**SZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA**	
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości klatki piersiowej	do 30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości)	do 25
58. Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.)	
a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	do 10
b) z obecnością zniekształceń i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	do 25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniem	do 10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	20

61. Uszkodzenia płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) bez niewydolności oddechowej	10
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	do 40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropnieniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	do 80
Uwaga: przy orzekaniu według pozycji 61 i 62 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z wydolnym układem krążenia	10
b) z objawami względnej wydolności układu krążenia	30
c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	do 90
Uwaga: stopień uszkodzenia serca oceniać należy na podstawie badania radiologicznego, elektrokardiograficznego i badania ECHO.	
64. Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	do 40

G. USZKODZENIE BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	do 30
Uwaga: 1.Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	do 50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	do 80
b) jelita grubego	do 50
68. Przetoki okołoodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	do 30
71. Utrata śledziony	
a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) bez zaburzeń ich czynności	do 10
b) z zaburzeniami ich czynności w zależności od stopnia	do 60
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	do 25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	do 75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	do 30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	do 50
79. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	do 50
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu z powikłaniami	do 60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 50 lat	40
b) w wieku powyżej 50 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych:	
a) pochwy	10
b) pochwy i macicy	30
I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA (ORZEKAĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ PO 6 MIESIĄCACH)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych):	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	10
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	do 25
Uwaga: uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące uszkodzenie narządów miąższowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	do15
Uwaga: 1.Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruć pokarmowych należy oceniać według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego. 2. Zatrucie włośnicami nie pozostawia w zasadzie trwałych następstw.	
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni	do 15
b) całkowite zesztywnienie	do 35
c) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	do 50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym:	
a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji powyżej 20 stopni lub zginania do 50 cm	do 15
b) całkowite zesztywnienie	do 25
c) całkowite zesztywnienie z niekorzystnym ustawieniem tułowia	do 40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji	do 10

92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	do 10
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	40

d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	70
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	30
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	40
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	do 30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne	do 10
b) piersiowe	do 10
c) lędźwiowo-krzyżowe	do 15
d) guziczne	5
K. USZKODZENIA MIEDNICY	
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu	do 35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno-lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	do 20
b) w odcinku przednim i tylnym (w tym Malgainge'a)	do 45
97. Złamanie dna panewki – w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających:	
a) bez zwichnięcia centralnego	do 20
b) ze zwichnięciem centralnym	do 40
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	do 20
Uwaga: towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	
Uwaga: przy uszkodzeniach kończyn górnych u osób leworęcznych stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.	
Łopatka	
99. Złamanie łopatki:	
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	5
b) wygojone załamanie łopatki z przemieszczeniem i znaczącym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia zaburzeń	do 40 / do 30
Uwaga: normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	
Obojczyk	
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów	do 25 / do 20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	25 / 20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwigania i stopnia zniekształcenia	do 25 / do 20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	5
Uwaga: przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.	
Bark	
104. Przewlekłe zmiany stawu barkowego – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji przykurczu	do 30 / do 25
105. Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	do 30 / do 30
106. Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i Rtg	25 / 20
107. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	do 40 / do 35
Uwaga: staw wiotki z powodu porażeń ocenia się według norm neurologicznych.	
108. Zesztywnienie stawu barkowego:	
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	do 35 / do 30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40 / 35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	do 15 / do 10
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji.	do 35 / do 25
111. Utrata kończyny w barku	75 / 70
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	80 / 75
Ramię	
113. Złamanie kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:	
a) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	do 15 / do 10
b) ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	do 30 / do 25

c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	do 55	do 50
114. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) mięśnia dwugłowego	do 15	do 10
b) uszkodzenie innych mięśni ramienia	do 20	do 15
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
116. Przepukliny mięśniowe ramienia	3	
Staw łokciowy		
117. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej – w zależności od zaburzeń osi i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym:		
a) bez większych przemieszczeń, zniekształceń i ograniczenia ruchomości	do 15	do 10
b) z dużym zniekształceniem i ze znacznym przykurczem	do 30	do 25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	do 30	do 25
b) z brakiem ruchów obrotowych	do 35	do 30
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	do 50	do 45
d) w innych ustawieniach – zależnie od przydatności czynnościowej kończyny	do 45	do 40
119. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a) przy niemożności zgięcia do 90°	do 30	do 25
b) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	do 20	do 15
Uwaga: wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego należy oceniać według pozycji 117-119.		

120. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	do 30	do 25
121. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. Ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	do 5	
Przedramię		
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem	do 15	do 10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficze, krążeniowe itp.)	do 25	do 20
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) ze zniekształceniem i zaznaczonymi zaburzeniami funkcji	do 15	do 10
b) ze znacznym zniekształceniem, dużym ograniczeniem ruchomości i zmianami wtórnymi (troficze, krążeniowe itp.)	do 35	do 30
124. Staw rzekomy kości promieniowej	do 30	do 25
125. Staw rzekomy kości łokciowej	do 20	do 15
126. Bark zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia	do 40	do 35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	do 15	do 15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	do 65	do 60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
Nadgarstek		
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) – w zależności od ustawienia, zakresu ruchów, objawów bólowych i troficznych oraz funkcji palców:		
a) ograniczenie ruchomości	do 10	do 8
b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia	do 20	do 15
c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	do 30	do 25
131. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	do 30	do 25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	do 45	do 40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi zmianami, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o	do 10	do 10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
Ł. ŚRÓDRĘCZE I PALCE		
Kciuk		
134. Złamania i zwichnięcia kciuka (pierwszej kości śródręcza i paliczków kciuka) – w zależności od ustawienia, zniekształcenia i stopnia zaburzeń funkcji kciuka:		
a) z przemieszczeniem	do 10	do 8
b) z dużym przemieszczeniem i zniekształceniem	do 20	do 15
Uwaga: przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
135. Utraty w obrębie kciuka:		
a) utrata opuszki	do 5	do 3

b) utrata paliczka paznokciowego	do 10	do 8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15	10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20	15
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	30	25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji	do 10	do 8
b) znaczne ograniczenie funkcji	do 20	do 15
c) upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	do 30	do 25
Palec wskazujący		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata opuszki	do 5	do 3
b) utrata paliczka paznokciowego	do 7	do 5
c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	12	10
e) utrata trzech paliczków	do 17	do 15
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	23	25
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego oraz II kości śródręcza (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	do 8	do 5
b) znaczne ograniczenie funkcji – w zależności od stopnia	do 12	do 10
c) bezużyteczność palca graniczącą z utratą wskaziciela	17	15
Palec trzeci, czwarty i piąty		
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b) palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca – w zależności od stopnia	4	3
c) bezużyteczność palca graniczącą z utratą	7	5
Uwaga: przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. **USZKODZENIE KOŃCZYNY DOLNEJ**		
Biodro		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	85	
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	do 25	

144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	do 35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	do 60
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:	
a) ze zmianami miernego stopnia	do 20
b) ze zmianami dużego stopnia	do 40
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	do 65
146. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. Ocenia się według pozycji 142-145, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o	do 15
Uwaga: jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
Udo	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 4 cm	do 15
b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	do 30
c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	do 40
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	do 60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.	do 20
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	do 30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	do 10
152. Uszkodzenia uda powikłane z współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	do 65

Uwaga: łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	do 70
Kolano	
154. Zesztywnienie stawu kolanowego:	
a) w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0-15°	do 30
b) przy większych stopniach zgięcia lub przeproście powyżej -10° (minus 10°) stosuje się ocenę wg pp. a) - zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu za każde 4° odchylenie ponad granicę 15° lub -10° o:	1
155. Trwałe ograniczenia ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) – w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 40°-90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c) utrata ruchomości w zakresie 90°-120° za każde 10° ubytku ruchu	1
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. – w zależności od stopnia	do 20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
Podudzie	
158. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm	do 15
b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	do 25
c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	do 50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych i zniekształceń stopy	do 20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b) przy dłuższych kikutach	do 55
Stawy skokowe, stopa	
162. Ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranień, ciał obcych, blizn itp.) – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) bez zniekształceń	do 15
b) ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy	do 25
c) powikłane przewlekłym zapaleniem kości stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp.	do 40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	do 20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	do 40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 15
b) znacznego stopnia lub z powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 30
165. Utrata kości piętowej lub kostkowej	40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a) miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	do 10
b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	do 20
167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	do 15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	do 10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	do 20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	do 10
169. Inne uszkodzenia stopy pozostawiające zmiany bliznowe i zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności	do 15
170. Utrata stopy w całości	50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	do 30
Palce stopy	
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha	do 5
175. Utrata całego palucha	7
176. Utrata wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	do 20
177. Utrata palców II-V w części lub całości – za każdy palec	2

178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	do 10	
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	do 5	
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	do 5	
N. PORAŻENIE LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	do 15	
b) nerwu piersiowego długiego	do 15	do 10
c) nerwu pachwowego	do 25	do 20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	do 25	do 20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	do 45	do 35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	do 30	do 25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	do 25	do 15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	do 15	do 10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	do 40	do 30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	do 25	do 15
k) nerwu łokciowego	do 30	do 20
l) splotu karkowego części nadobojczykowej (górnej)	do 25	do 20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	do 45	do 40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	do 15	
o) nerwu zasłonowego	do 15	
p) nerwu udowego	do 30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	do 20	
r) nerwu sromowego wspólnego	do 25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	do 60	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	do 40	
u) nerwu strzałkowego	do 20	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	do 70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	do 10	
Uwaga: według pozycji 181 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30	50

Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Ubezpieczenia w Pakiecie Agro Premium

Klauzula nr 1 **dotycząca wynajęcia zastępczego** przedmiotu ubezpieczenia

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień Szczególnych Warunków Ubezpieczenia w Pakiecie Agro Premium zwanych dalej SWU, Strony postanowiły włączyć do Umowy ubezpieczenia następujące postanowienia szczególne:

1. Ubezpieczyciel pokrywa również dodatkowo koszt wynajęcia zastępczej maszyny rolniczej, narzędzia rolniczego lub wyposażenia dodatkowego maszyny rolniczej, jeśli szkoda w przedmiocie ubezpieczenia jest objęta odpowiedzialnością Ubezpieczyciela
2. Ubezpieczyciel odpowiada za koszty wynajęcia zastępczego przedmiotu ubezpieczenia, jeżeli:
   a. W momencie wystąpienia szkody, przedmiot ubezpieczenia był nie starszy niż 15 lat,
   b. W wyniku powstałej szkody objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, niemożliwe jest prowadzenie prac, do których przedmiot ubezpieczenia jest przeznaczony
   c. Okres unieruchomienia przedmiotu ubezpieczenia jest nie krótszy niż 3 dni
   d. Zachodzi konieczność wykorzystania zastępczego przedmiotu ubezpieczenia
   e. Początek okresu wynajmu rozpoczyna się w ciągu 30 dni od zdarzenia ubezpieczeniowego
   f. Ubezpieczony przedstawi rachunki lub faktury związane z najmem zastępczego przedmiotu ubezpieczenia
3. Koszty wynajmu zastępczego przedmiotu ubezpieczenia ustala się na podstawie cen usług obowiązujących na terenie RP w dniu ustalenia wysokości szkody.
4. Maksymalny okres wynajmu zastępczego przedmiotu ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 90 dni.
5. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za koszty wynajmu zastępczego przedmiotu ubezpieczenia wynosi na jedno i wszystkie zdarzenia 25 000 PLN.
6. W przypadku rezygnacji Korzystającego z niniejszej klauzuli w przeciągu 30 dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje mu zwrot składki z tytułu niniejszej klauzuli za cały okres ubezpieczenia.

Klauzula nr 2 dotyc**ząca** po**krycia szkód w ogumieniu**

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień Szczególnych Warunków Ubezpieczenia w Pakiecie Agro Premium zwanych dalej SWU, Strony postanowiły włączyć do Umowy ubezpieczenia następujące postanowienia szczególne:

1. Ubezpieczyciel odpowiada dodatkowo za szkody w ogumieniu, o ile powstały one jednocześnie z uszkodzeniem lub zniszczeniem innych części przedmiotu ubezpieczenia, za uszkodzenie których wypłacane jest odszkodowanie.
2. W przypadku uszkodzenia lub zniszczenia ogumienia bez jednoczesnego uszkodzenia lub zniszczenia innych części przedmiotu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność do wysokości 10% sumy ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia, nie więcej niż 5 000 zł. Limit 10% sumy ubezpieczenia nie obowiązuje dla szkód w kołach bliźniaczych, które są odrębnym przedmiotem ubezpieczenia.
3. Odszkodowanie wypłacane jest wyłącznie za ten element ogumienia, który uległ uszkodzeniu i nie obejmuje ewentualnej konieczności wymiany pozostałych, nieuszkodzonych elementów ogumienia, nawet jeśli taka konieczność wynika z przepisów prawa bądź z przyczyn technicznych.

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Kto jest administratorem Twoich danych osobowych

My, Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. jesteśmy administratorem Twoich danych osobowych. Możesz się z nami skontaktować:

1) listownie, wysyłając pismo na adres naszej siedziby: ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań;
2) za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres e-mail: biuro@concordiaubezpieczenia.pl;
3) telefonicznie, pod numerem: 61 85 84 800.

2. Jak możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować we wszelkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych wysyłając e-mail na adres: iod@concordiaubezpieczenia.pl lub listownie, wysyłając pismo na adres naszej siedziby.

3. W jakich celach i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane

Przetwarzamy Twoje dane osobowe w celu:

1) podjęcia działań przed zawarciem umowy (np. przygotowania oferty), zawarcia lub przystąpienia oraz wykonania umowy ubezpieczenia lub umowy o udzielenie gwarancji ubezpieczeniowej (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO);
2) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie obowiązku wynikającego z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
3) rozpatrywania reklamacji, zgodnie z przepisami o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
4) statystycznym, w związku z ustalaniem odpowiedniej wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, co w odniesieniu do danych zwykłych, stanowi nasz prawnie uzasadniony interes, w zakresie przewidzianym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz, w odniesieniu do danych szczególnych, z art. 9 ust. 2 lit g RODO w związku z właściwymi przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej);
5) podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, w tym oceny zgłoszeń szkód ubezpieczeniowych pod kątem potencjalnych przestępstw, będącym realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu polegającego na zapobieganiu przestępstwom ubezpieczeniowym oraz obronie przed nadużyciami (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
6) analitycznym (doboru usług do potrzeb naszych klientów, optymalizacji naszych produktów w oparciu także o Twoje uwagi na ich temat i Twoje zainteresowanie) będącym realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu polegającego na doskonaleniu jakości naszych produktów i świadczonych usług (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
7) reasekuracji ryzyk będącym realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu polegającego na zmniejszeniu ryzyka ubezpieczeniowego (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
8) badania satysfakcji klientów będącym realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu polegającego na określaniu jakości naszej obsługi oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z produktów i usług (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
9) ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącym realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO lub z art. 9 ust. 2 lit. f RODO);
10) oferowania produktów i usług (marketing bezpośredni), co stanowi realizację naszego prawnie uzasadnionego interesu polegającego na dostarczaniu zamówionej informacji handlowej. Obejmuje to także dostarczanie informacji o produktach i usługach oraz jej dostosowanie do tego co uznamy za odpowiadające Twoim potrzebom i indywidualnym uwarunkowaniom, w oparciu o Twój profil (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

4. Jakie prawa przysługują Ci w związku z przetwarzaniem Twoich danych

Przysługują Ci następujące uprawnienia:

1) prawo do wycofania zgody (tam, gdzie podstawą prawną przetwarzania jest zgoda) w dowolnym momencie. Wycofanie przez Ciebie zgody nie będzie jednak mieć wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem;
2) prawo dostępu do Twoich danych oraz otrzymania ich kopii;
3) prawo sprostowania Twoich danych;
4) prawo usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych;
5) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, mającego za podstawę nasz prawnie uzasadniony interes;
6) prawo przenoszenia danych;
7) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

5. Komu przekazujemy Twoje dane

1) Twoje dane osobowe ujawniamy naszym podwykonawcom (podmiotom przetwarzającym) np. firmom zajmującym się likwidacją szkód, firmom informatycznym, księgowym, prawniczym, agentom ubezpieczeniowym z którymi współpracujemy.
2) Twoje dane osobowe przekazujemy zakładom reasekuracji, operatorom pocztowym – w związku z wysyłką korespondencji, podmiotom świadczącym usługi płatnicze – w związku z realizacją płatności, a także uprawnionym do tego organom lub instytucjom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

6. Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

Długość okresu przechowywania przez nas Twoich danych osobowych zależy od celu przetwarzania oraz przepisów, które stanowią podstawę prawną przetwarzania. Twoje dane będziemy przechowywać:

1) gdy podstawą przetwarzania jest zgoda - do momentu wycofania zgody;
2) gdy podstawą przetwarzania jest umowa - do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy (maksymalny termin przedawnienia wynosi 20 lat);

3) gdy przetwarzanie jest niezbędne w celu podjęcia działań przed zawarciem umowy (np. przygotowania oferty lub kalkulacji), ale nie zawarliśmy umowy - maksymalnie przez 3 miesiące;
4) gdy podstawą przetwarzania jest ciążący na nas obowiązek prawny - przez okres wynikający z przepisów regulujących obowiązek przetwarzania przez nas danych;
5) gdy podstawą przetwarzania jest prawnie uzasadniony interes - przez okres umożliwiający realizację tego interesu lub do momentu zgłoszenia skutecznego sprzeciwu wobec przetwarzania;
6) w razie przetwarzania danych w celach statystycznych związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych, rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości - przez 12 lat od momentu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

7. Czy podanie Twoich danych jest obowiązkowe
1) Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest niezbędne w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
2) Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

8. Do jakich państw przekazujemy Twoje dane
1) Twoje dane osobowe przetwarzamy w Polsce lub w innych państwach tworzących Europejski Obszar Gospodarczy (EOG), w których swoje siedziby posiadają nasi partnerzy (np. dostawcy usług IT).
2) Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do państw poza EOG m.in. w związku ze świadczeniem usług przez firmy informatyczne. Przetwarzamy Twoje dane poza EOG tylko w sytuacji, gdy jest to konieczne, a odbiorcy Twoich danych zapewniają odpowiedni stopień ich ochrony. W tym celu stosujemy odpowiednie zabezpieczenia takie jak: standardowe klauzule umowne wydane przez Komisję Europejską, wiążące reguły korporacyjne, współpraca z podmiotami przetwarzającymi dane w państwach, w odniesieniu do których została wydana stosowna decyzja Komisji Europejskiej, a w razie przekazywania danych do USA współpraca z podmiotami uczestniczącymi w programie Tarcza Prywatności (Privacy Shield) zatwierdzonym decyzją Komisji Europejskiej. Przysługuje Ci prawo uzyskania kopii tych zabezpieczeń, z którego możesz skorzystać kontaktując się z nami.

9. Jakie Twoje dane przetwarzamy i z jakich źródeł je pozyskujemy
W przypadku niektórych produktów ubezpieczeniowych pozyskujemy Twoje dane osobowe od podmiotów trzecich, tj. od:
1) innych ubezpieczycieli i podmiotów świadczących usługi lecznicze oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie informacji o Twoim stanie zdrowia;
2) Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w zakresie informacji o zawartych umowach ubezpieczenia oraz o historii wykonywania tych umów, m.in. o wypłaconych świadczeniach;
3) Centralnej Ewidencji Pojazdów i Kierowców, w zakresie informacji o Twoich uprawnieniach do kierowania pojazdami oraz o cechach pojazdu, z którego korzystasz;
4) organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, w zakresie informacji o zdarzeniach powodujących szkodę;
5) podmiotu będącego ubezpieczającym - w razie wskazania Ciebie jako ubezpieczonego, w zakresie Twoich danych identyfikacyjnych i kontaktowych oraz informacji o przedmiocie ubezpieczenia;
6) poprzedniego posiadacza pojazdu mechanicznego lub gospodarstwa rolnego - w razie przejścia lub przeniesienia na Ciebie prawa własności pojazdu mechanicznego albo przejścia na Ciebie posiadania gospodarstwa rolnego, w zakresie Twoich danych identyfikacyjnych i kontaktowych oraz informacji o przedmiocie ubezpieczenia.
Dane te pozyskujemy jednak tylko w sytuacji, gdy ich pozyskanie jest w konkretnej sytuacji uzasadnione charakterem produktu ubezpieczeniowego, z którego korzystasz, np. nie będziemy pozyskiwać danych o Twoim stanie zdrowia na potrzeby analizy ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku ubezpieczenia komunikacyjnego.

10. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie Twoich danych
1) W niektórych przypadkach podejmujemy decyzje w sposób całkowicie zautomatyzowany (bez udziału człowieka). Decyzja ta jest oparta o profilowanie, czyli uwzględnia poza Twoimi danymi, także informacje pochodzące z automatycznej analizy dostępnych informacji i statystyk, w celu wsparcia procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz likwidacji niektórych szkód. Decyzje te podejmujemy m.in. w oparciu o informacje o Twojej dacie urodzenia, wieku, charakterze wykonywanej pracy, miejscu zamieszkania, przebiegu ubezpieczenia czy dane identyfikujące przedmiot ubezpieczenia. Decyzje podejmowane w ten sposób mają wpływ na wysokości składki, wysokości odszkodowania oraz innych świadczeń, a niekiedy mogą skutkować brakiem możliwości skorzystania z naszych niektórych produktów.
2) W związku z podejmowaniem przez nas decyzji w opisany wyżej sposób przysługuje Ci prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz do uzyskania interwencji ludzkiej.

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
Przedsiębiorstwo: Concordia Polska T.U. S.A., zarejestrowane w Polsce
Produkt: Concordia obowiązkowe ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

CONCORDIA UBEZPIECZENIA GRUPA GENERALI

Niniejszy dokument zawiera wyłącznie ogólne informacje o produkcie. Pełne informacje zawarte są w są w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o Ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zaliczane jest do pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych – dział II, grupa 10 zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zakresem ubezpieczenia są objęte:

- ✓ odpowiedzialność cywilna posiadacza pojazdu mechanicznego oraz każdej osoby, która kierując ubezpieczonym pojazdem mechanicznym wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu
- ✓ za szkodę powstałą w związku z ruchem pojazdu mechanicznego uważa się również szkodę powstałą podczas i w związku z wsiadaniem do pojazdu lub wysiadaniem z niego, jego bezpośrednim rozładowywaniem lub załadowywaniem, zatrzymaniem lub postojem pojazdu
- ✓ Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody, które są następstwem śmierci, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, utraty, zniszczenia lub uszkodzenia mienia

Suma gwarancyjna:

- ✓ świadczenia z Umowy ubezpieczenia wypłacane są w granicach sumy gwarancyjnej
- ✓ suma gwarancyjna nie może być niższa niż równowartość w złotych:
  1) w przypadku szkód na osobie – 5 210 000 euro
  2) w przypadku szkód w mieniu – 1 050 000 euro
  - w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki są objęte ubezpieczeniem, bez względu na liczbę poszkodowanych

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✘ polegające na uszkodzeniu lub utracie mienia, wyrządzone przez kierującego właścicielowi pojazdu; dotyczy to również sytuacji, w której właściciel pojazdu mechanicznego, którym wyrządzono szkodę, jest właścicielem lub współwłaścicielem drugiego pojazdu, w którym szkoda została wyrządzona; wyłączenie to nie obejmuje szkody wyrządzonej w mieniu, jeżeli pojazdy mechaniczne uczestniczące w zdarzeniu są przedmiotem umowy leasingu zawartej przez posiadaczy tych pojazdów z tą samą firmą leasingową
- ✘ w przewożonych za opłatą ładunkach, przesyłkach lub bagażu
- ✘ polegające na utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych i podobnych
- ✘ polegające na zanieczyszczeniu lub skażeniu środowiska

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczycielowi przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego świadczenia, jeżeli kierujący:

- ! wyrządził szkodę umyślnie, w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- ! wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa
- ! nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia lub mienia albo pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa
- ! zbiegł z miejsca zdarzenia

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ ubezpieczenie obejmuje szkody powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- ✓ obejmuje również zdarzenia powstałe na terytorium państw, których biura narodowe są sygnatariuszami Porozumienia Wielostronnego

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

1) Obowiązki bezpośrednio po zawarciu Umowy:
— podanie do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkich znanych sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy.
2) Obowiązki w trakcie trwania Umowy:
— zgłaszanie Ubezpieczycielowi wszystkich zmian okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał przed zawarciem Umowy;
— zgłaszanie Ubezpieczycielowi zmiany danych Ubezpieczonego, w tym danych adresowych oraz danych kontaktowych;
— powiadomienie na piśmie Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od dnia przeniesienia prawa własności pojazdu, o fakcie przeniesienia prawa własności tego pojazdu i o danych posiadacza na którego przeniesiono prawo własności pojazdu
3) Obowiązki w przypadku powstania szkody:
— niezwłocznego powiadomienia o zdarzeniu Ubezpieczyciela, udzielając mu niezbędnych wyjaśnień i przekazując posiadane informacje;
— użycie dostępnych środków w celu zapobieżenia szkodzie lub ratowania przedmiotu ubezpieczenia przed szkodą, a jeżeli szkoda już wystąpiła – odwrócenia szkody, zmniejszenia jej rozmiarów lub zapobieżenie jej powiększeniu;
— niezwłoczne powiadomienie Policji o zdarzeniu, o ile doszło do wypadku z ofiarami w ludziach lub do wypadku powstałego w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
— udzielenie pozostałym uczestnikom zdarzenia niezbędnych informacji koniecznych do identyfikacji Ubezpieczyciela, łącznie z podaniem danych dotyczących zawartej Umowy ubezpieczenia.
4) Obowiązki w przypadku zgłoszenia roszczenia:
— przekazać Ubezpieczycielowi, posiadane dowody dotyczące zdarzenia i szkody, ułatwić ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiaru szkód, udzielić pomocy w dochodzeniu roszczeń przeciwko sprawcy szkody

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo albo w ratach. Składka opłacana jest przelewem na rachunek Ubezpieczyciela. Sposób i terminy płatności składki wskazywane są w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się z chwilą zawarcia Umowy i zapłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.
W przypadku, jeżeli w Umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wskazał późniejszy termin płatności lub jej pierwszej raty oraz jeżeli Umowa została zawarta na zasadzie automatycznego wznowienia odpowiedzialność powstaje w chwili jej zawarcia. W sytuacji jeżeli termin rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu określono w Umowie ubezpieczenia, rozpoczyna się on od wskazanej w niej daty.
Jednak ochrona ubezpieczeniowa wygasa również, jeżeli Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia – z chwilą rozwiązania Umowy ubezpieczenia (zob. **Jak rozwiązać Umowę?**).

Jak rozwiązać Umowę?

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
— Umowę zawartą na okres 12 miesięcy można wypowiedzieć nie później niż na jeden dzień przed upływem tego okresu, ze skutkiem na koniec okresu ubezpieczenia;
— nowy właściciel pojazdu może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, której stał się stroną na skutek przejścia na niego własności pojazdu;
— jeśli Umowa została zawarta na odległość, Ubezpieczający, który jest konsumentem może odstąpić od niej w terminie 14 dni od dnia zawarcia Umowy lub przekazania mu przez Ubezpieczyciela informacji wymaganych przez ustawę o prawach konsumenta;
— wypowiedzenie/odstąpienie od Umowy powinno być złożone na piśmie oraz przekazane do Centrali Ubezpieczyciela, Oddziału Ubezpieczyciela lub agenta ubezpieczeniowego współpracującego z Ubezpieczycielem; w przypadku nadawania wypowiedzenia/odstąpienia przesyłką listową, za chwilę jego złożenia uważa się datę nadania oświadczenia w placówce Poczty Polskiej

Umowa ubezpieczenia ulega również rozwiązaniu w następujących przypadkach:
— z chwilą wyrejestrowania pojazdu mechanicznego lub udokumentowania trwałej i zupełnej utraty posiadania pojazdu mechanicznego w okolicznościach niepowodujących zmiany posiadacza;
— z dniem odstąpienia od Umowy z uwagi na brak rejestracji pojazdu;
— w momencie udokumentowania trwałej lub zupełnej utraty przedmiotu;
— z upływem 3 miesięcy od dnia ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń;
— z chwilą zarejestrowania pojazdu za granicą;
— z dniem wypowiedzenia Umowy, kiedy pojazd ubezpieczony jest w więcej niż jednym zakładzie ubezpieczeń a wypowiadana Umowa została zawarta wskutek automatycznego wznowienia.

Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Concordia Polska T.U. S.A., zarejestrowane w Polsce Produkt: Agro Premium

Niniejszy dokument zawiera wyłącznie ogólne informacje o produkcie. Pełne informacje zawarte są w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Agro Premium (dalej „SWU"), doręczanych przed zawarciem Umowy. Ponadto warunki konkretnej umowy ubezpieczenia określa dokument ubezpieczenia (polisa).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków zaliczane jest to pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych - dział II, grupa 1, zgodnie z załącznikiem do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ochroną objęte są wymienione poniżej następstwa nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ kierowca lub pasażerowie ubezpieczonego pojazdu mających związek z użytkowaniem ubezpieczonego pojazdu,
- ✓ Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - — śmierć (świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia)
  - — trwały uszczerbek na zdrowiu w NNW (świadczenie w wysokości procentu sumy ubezpieczenia odpowiadającego procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu, max. 100%)
  - — zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych (do 30% sumy ubezpieczenia)
  - — zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów (do 30% sumy ubezpieczenia)
- ✓ Suma ubezpieczenia na jednego Ubezpieczonego (kierowcę i pasażerów ubezpieczonego pojazdu) wynosi 15 000 PLN
- ✓ Jeśli jednak w chwili wypadku w ubezpieczonym pojeździe znajdowało się więcej osób niż jest to przewidziane w konstrukcji pojazdu, sumę ubezpieczenia dla jednej (każdej) osoby zmniejsza się proporcjonalnie

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Następstw wypadków doznanych m.in.:

- ✘ w związku z wyczynowym uprawianiem sportu
- ✘ podczas wykorzystywania maszyn rolniczych (sprzętu) niezgodnie z ich przeznaczeniem
- ✘ przez pasażerów podczas przewożenia ich w maszynach rolniczych fabrycznie do tego nieprzystosowanych

Ponadto ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✘ infekcji, z wyjątkiem zakażenia Ubezpieczonego mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku
- ✘ nieszczęśliwych wypadków, w wyniku których nastąpiła śmierć lub uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, będących konsekwencją niewłaściwego wykonania zabiegów medycznych lub leczenia
- ✘ zawału serca i udaru mózgu

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w odniesieniu nieszczęśliwych wypadków powstałych:

- ! w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa albo samobójstwa przez Ubezpieczonego
- ! wskutek prowadzenia przez kierowcę pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień
- ! wskutek pozostawania przez kierującego w chwili wypadku w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków odurzających, chyba że nie miało to wpływu na powstanie albo rozmiar szkody .

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ na terenie RP

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

1) obowiązki bezpośrednio po zawarciu Umowy

— Ubezpieczający jest obowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej, lub rat składek jeżeli płatność została rozłożona na raty, w terminie i na nr rachunku wskazany na polisie ubezpieczenia,

2) obowiązki w trakcie trwania Umowy

— zgłaszać ubezpieczycielowi okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach,

— starać się o złagodzenie skutków wypadku

3) obowiązki w przypadku powstania szkody

— poddanie się leczeniu i stosowania się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
— poddanie się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
— zwolnienie lekarzy, u których poszkodowany leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
— zwolnienie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo. Sposób i terminy płatności składki wskazywane są w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:

- w dniu, w którym upłynął dany 12-miesięczny okres ubezpieczenia,
- z dniem przeniesienia przez Ubezpieczonego praw do ubezpieczonego pojazdu na rzecz osoby trzeciej.

Jak rozwiązać Umowę?

- Jeżeli Umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy. Jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, termin ten wynosi 7 dni.
- Ubezpieczający ma również prawo do wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym w każdym czasie;
- Oświadczenie o odstąpieniu od umowy lub jej wypowiedzeniu powinno zostać sporządzone na piśmie oraz przekazane do Centrali Ubezpieczyciela, Oddziału Ubezpieczyciela lub agenta ubezpieczeniowego współpracującego z Ubezpieczycielem..

Ubezpieczenie ochrony prawnej Leasing Ochrona Prawna

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Concordia Polska T.U. S.A., zarejestrowane w Polsce

Produkt: Ochrona Prawna dla leasingobiorców

CONCORDIA UBEZPIECZENIA GRUPA GENERALI

Niniejszy dokument zawiera wyłącznie ogólne informacje o produkcie. Pełne informacje zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia doręczanych przed zawarciem Umowy i dostępnych na stronie **www.concordiaubezpieczenia.pl**.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie ochrony prawnej Leasing Ochrona Prawna (grupa 17) chroni Ubezpieczonego przed ryzykiem prowadzenia sporów prawnych. Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów związanych z prowadzeniem sporów prawnych.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ W razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczyciel podejmie starania i poniesie koszty w celu umożliwienia ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, jeśli tylko jest to niezbędne.

✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące rodzaje świadczeń:

1) ochrona prawna przy dochodzeniu odszkodowań,
2) ochrona prawna umów w związku z ubezpieczonym pojazdem,
3) ochrona prawna w sprawach karnych
4) ochrona prawna w sprawach związanych z prawem jazdy i dowodem rejestracyjnym,
5) ochrona prawna w sprawach podatkowych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

✘ postępowania w związku z zarzutem naruszenia zakazu postoju, zakazu zatrzymywania się albo też postępowania w związku z parkowaniem pojazdu w sposób niezgodny z przepisami miejscowymi.

✘ spowodowania zdarzenia objętego ubezpieczeniem umyślnie i bezprawnie (jednak nie dotyczy to wykroczeń).

✘ odszkodowań, które musi zapłacić Ubezpieczony, grzywien, kar administracyjnych lub sądowych, innych kar pieniężnych, podatków ani innych podobnych opłat natury publicznoprawnej

✘ ochrony interesów prawnych w związku ze sporem ubezpieczonego z ubezpieczającym.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! koszty poręczenia majątkowego w postępowaniu karnym objęte są limitem odpowiedzialności w wysokości 35 000 zł

! ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie zdarzenia objęte ubezpieczeniem, zaistniałe na terenie Europy, w państwach basenu Morza Śródziemnego, na Wyspach Kanaryjskich i na Maderze, jeżeli dane zdarzenie podlega jurysdykcji tych państw.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Obowiązki w przypadku powstania szkody

— niezwłoczne poinformowanie Ubezpieczyciela o zaistnieniu i okolicznościach zdarzenia objętego ubezpieczeniem, przekazanie korespondencji dotyczącej tego zdarzenia, wskazanie, a na żądanie Ubezpieczyciela oddanie mu do dyspozycji istniejących dowodów, a także przekazanie Ubezpieczycielowi wszelkich dokumentów związanych ze zdarzeniem

— uzyskanie pisemnej zgody Ubezpieczyciela na ustanowienie określonego pełnomocnika, udzielenie takiej osobie pełnomocnictwa, poinformowanie ją wyczerpująco i zgodnie z prawdą o okolicznościach sprawy, wskazanie dowodów, udzielenie niezbędnych informacji i dostarczenie odpowiednich dokumentów

— na żądanie Ubezpieczyciela poinformowanie go o stanie sprawy oraz w razie konieczności przedsięwzięcie niezbędnych kroków w celu dalszego wyjaśnienia stanu faktycznego

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie wobec Ubezpieczającego. Sposób i terminy płatności składki wskazywane są w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Objęcie ubezpieczonego ochroną wynikającą z niniejszej umowy ubezpieczenia następuje każdorazowo od dnia zgłoszenia danego pojazdu do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, nie wcześniej jednak niż z chwilą rejestracji pojazdu przez Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy lub cały okres leasingu.

Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszej umowy ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego wygasa:

- z upływem okresu ubezpieczenia,
- z chwilą kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub wystąpienia szkody całkowitej, z tym, że Uprawnionemu przysługują w związku z tym zdarzeniem wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia,
- z chwilą rozwiązania lub zakończenia umowy leasingu,
- z chwilą przeniesienia własności ubezpieczonego pojazdu na dotychczasowego użytkownika, chyba że przeniesienie nastąpi łącznie z przekazaniem uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia.

Jak rozwiązać Umowę?

Umowa ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego ulega rozwiązaniu wskutek:

- odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego
- kradzieży ubezpieczonego pojazdu
- przeniesienia własności ubezpieczonego pojazdu

warta.

Santander Leasing

Wyciąg z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Mienia w Leasingu, dotyczący warunków ubezpieczenia mienia zawartej pomiędzy TUiR Warta S.A. a Santander Leasing S.A, nr G/WARO/42474 z dnia 07.03.2008r. z późniejszymi zmianami.

I. Zakres ubezpieczenia:

1. w odniesieniu do maszyn i urządzeń stacjonarnych, linii produkcyjnych, wyposażenia biurowego nie będącego sprzętem elektronicznym, budynków, hal namiotowych, kiosków, baraków, kontenerów socjalnych, ubezpieczenie obejmuje ryzyka w zakresie All Risks zgodnie z par. 5 ust. 2 pkt. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych z dnia 01.05.2008r. zmienionych Aneksem nr 1 i 2 (tekst jednolity) rozszerzonym o poniższe klauzule:
   a) Klauzula 4 OWU Ubezpieczenia drobnych robót budowlano – montażowych,
   b) Klauzula 5 OWU - Ubezpieczenie katastrofy budowlanej z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   c) jeżeli wiek przedmiotu leasingu nie przekracza 10 lat: Klauzula 6 Ubezpieczenia awarii i uszkodzeń maszyn i urządzeń z limitem 1.000.000,00 zł na wszystkie zdarzenia i 500.000,00 zł na jedno zdarzenie na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   d) Klauzula 9 OWU - Strajków, zamieszek i rozruchów z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   e) Klauzula 10 OWU Ubezpieczenia mienia w czasie transportu z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy.
2. w odniesieniu do elektronicznego sprzętu stacjonarnego, w tym medycznego i biurowego oraz elektronicznego sprzętu przenośnego, w tym medycznego, ubezpieczenie obejmuje ryzyka zgodnie z par. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk z dnia 21.06.1999r., zmienionych Aneksami nr 1, 2, 3, 4 i 5 (tekst jednolity) rozszerzonym o poniższe klauzule:
   a) Klauzula Cyber risk /IT,
   b) Klauzula 502 OWU - Włączenie do ubezpieczenia lamp elektronowych,
   c) Klauzula 504 OWU - Ubezpieczenie sprzętu ruchomego i przenośnego poza miejscem ubezpieczenia,
   d) Klauzula 001 OWU - Ubezpieczenie ryzyka rozruchów i strajków z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   e) Klauzula 4 (tekst poniżej) Ubezpieczenia drobnych robót budowlano – montażowych z wyłączeniem prac modernizacyjnych,
   f) Klauzula 10 (tekst poniżej) Ubezpieczenia mienia w czasie transportu z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy.
3. w odniesieniu do mobilnych maszyn i urządzeń budowlanych, sprzętu i wyposażenia budowy, wózków widłowych, ubezpieczenie obejmuje ryzyka zgodnie z par. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk z dnia 15.08.2000 r., Sekcja II, zmienionych Aneksami nr 1, 2, 3,4 i 5 (tekst jednolity) rozszerzonym o poniższe klauzule:
   a) Klauzula Cyber risk/IT,
   b) Klauzula 311 OWU - Ubezpieczenie ryzyk casco,
   c) Klauzula 313 OWU - Ubezpieczenie ryzyka bezpośredniego uderzenia pioruna, wewnętrznego ognia, wewnętrznego wybuchu chemicznego,
   d) Klauzula 001 OWU - Ubezpieczenie ryzyka rozruchów i strajków z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   e) jeżeli wiek przedmiotu leasingu nie przekracza 10 lat: Klauzula 6 OWU Ubezpieczenia awarii i uszkodzeń maszyn i urządzeń z limitem 1.000.000,00 zł na wszystkie zdarzenia i 500.000,00 zł na jedno zdarzenie na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy,
   f) Klauzula 4 (tekst poniżej) Ubezpieczenia drobnych robót budowlano – montażowych z wyłączeniem prac modernizacyjnych,
   g) Klauzula 10 (tekst poniżej) Ubezpieczenia mienia w czasie transportu z limitem 1.000.000,00 zł na jedno i wszystkie zdarzenia na całą Umowę w odniesieniu do każdego rocznego okresu obowiązywania niniejszej Umowy.

Dla mobilnych maszyn i urządzeń budowlanych ma dodatkowo zastosowanie:
Klauzula 312 OWU - Ubezpieczenie ryzyk casco w czasie samoczynnego przemieszczania się lub transportu - zgodnie z § 10 ust. 2 pkt.3 Umowy.

Suma ubezpieczenia - w całym okresie trwania leasingu stanowi wartość fakturową netto lub brutto przedmiotu finansowania. W okresie ubezpieczenia nie ulega zmniejszeniu o wypłacone odszkodowania, wyjątek stanowi wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej. Wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej rozwiązuje umowę ubezpieczenia

II. Przedmiot ubezpieczenia

1. maszyny i urządzenia stacjonarne, linie produkcyjne,
2. mobilne maszyny i urządzenia budowlane, sprzęt i wyposażenie budowy, wózki widłowe
3. elektroniczny sprzęt stacjonarny, w tym medyczny i biurowy oraz elektroniczny sprzęt przenośny, w tym medyczny,
4. wyposażenie biurowe nie będące sprzętem elektronicznym, budynki, hale namiotowe, kioski, baraki, kontenery socjalne

III. Miejsce ubezpieczenia

1. Dla maszyn i urządzeń stacjonarnych, linii produkcyjnych, elektronicznego sprzętu stacjonarnego, w tym medycznego i biurowego, wyposażenia biurowego nie będącego sprzętem elektronicznym, budynków, hal namiotowych, kiosków, baraków, kontenerów socjalnych- miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie RP.

2. Dla mobilnych maszyn i urządzeń budowlanych, sprzętu i wyposażenia budowy, wózków widłowych - miejscem ubezpieczenia są wszystkie miejsca prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie UE.
3. Na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczeniem może być objęte mienie opisane w ust. 1 znajdujące się poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, jednakże ubezpieczenie w takim przypadku wymaga pisemnej zgody Ubezpieczyciela.
4. W przypadku elektronicznego sprzętu przenośnego, w tym medycznego miejscem ubezpieczenia jest cały świat.

IV. Do wyżej wymienionych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mają zastosowanie dodatkowo poniższe postanowienia:

1. **Wyłączenia odpowiedzialności**
   Niezależnie od wyłączeń zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wymienionych w ust. I, Warta TUiR s. a. nie odpowiada za szkody:
   a) powstałe na skutek powolnego działania czynników, w szczególności termicznych , chemicznych, biologicznych lub geologicznych lub normalnego zużycia,
   b) powstałe na skutek działań wojennych, stanu wyjątkowego, rewolucji, buntu, zamieszek cywilnych i wojskowych, sabotażu, a także akcji terrorystycznych rozumianych jako użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu c)z zamiarem jego zastraszenia, za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady
   c) powstałe na skutek prowadzenia przez Korzystającego doświadczeń lub eksperymentów badawczych, leczniczych i technicznych,
   d) powstałe w związku z decyzjami władz publicznych,
   e) spowodowane działaniem wirusów komputerowych,
   f) powstałe w wyniku wyłudzenia

2. **Franszyza redukcyjna**
   500zł w każdej szkodzie

3. **Podnajem**
   Ubezpieczyciel odpowiada za szkody powstałe w przedmiotach ubezpieczenia oddanych w podnajem przez Korzystającego, o ile nie zajmuje się on zawodowo wynajmem maszyn i urządzeń oraz wynajem przedmiotu został zaakceptowany przez Finansującego.

Treść klauzul dodatkowych nieznajdujących się w OWU, o których mowa w ust. I:

Klauzula 4 - Ubezpieczenia drobnych robót budowlano-montażowych:

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień określonych w OWU ustala się, że

Dla szkód powstałych wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku z miejsc innych niż zadeklarowane we wniosku ubezpieczenia, ustala się udział własny Ubezpieczającego w każdej szkodzie w wysokości 25% szkody nie mniej jednak niż franszyza redukcyjna uzgodniona w umowie w części ubezpieczenia sprzętu od szkód materilanych

1. WARTA rozszerza wybrany przez Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia o szkody powstałe w ubezpieczonym mieniu w związku z prowadzeniem drobnych robót budowlano-montażowych pod warunkiem, że:
   a) prowadzone roboty nie wymagają zgody (pozwolenia na budowę) odpowiednich organów władzy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   b) realizacja robót nie wiąże się z naruszeniem konstrukcji nośnej obiektu lub konstrukcji dachu,
   c) roboty prowadzone są przez lub na zlecenie Ubezpieczającego w obiektach oddanych do użytkowania/eksploatacji, w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia,
   d) obszar wykonywanych prac jest wydzielony i oznakowany zgodnie z obowiązującymi wymogami.
2. WARTA nie odpowiada za szkody:
   a) powstałe wskutek katastrofy budowlanej,
   b) spowodowane montażem elementów wyposażenia lub urządzeń niezgodnie z instrukcją producenta lub dostawcy,
   c) w mieniu otaczającym, które są bezpośrednim następstwem niewłaściwego zabezpieczenia i wykonania robót.
3. Limit odpowiedzialności na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia jest równy sumie ubezpieczenia przedmiotu leasingu/pożyczki.

Klauzula 6 - Ubezpieczenia awarii i uszkodzeń maszyn i urządzeń.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:

Dla szkód powstałych wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku z miejsc innych niż zadeklarowane we wniosku ubezpieczenia, ustala się udział własny Ubezpieczającego w każdej szkodzie w wysokości 25% szkody nie mniej jednak niż franszyza redukcyjna uzgodniona w umowie w części ubezpieczenia sprzętu od szkód materialnych

1. W odniesieniu do ubezpieczonych zainstalowanych maszyn i urządzeń, użytkowanych zgodnie z przeznaczeniem, rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody powstałe wskutek awarii i uszkodzeń.
2. Nowo zainstalowane maszyny i urządzenia mogą zostać objęte ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   a) części, które w okresie użytkowania muszą być wielokrotnie wymieniane z uwagi na ich zużywanie się,
   b) wszelkiego rodzaju materiałów eksploatacyjnych, a w szczególności olejów, smarów, paliw, katalizatorów, chłodziw oraz narzędzi wymiennych, a w szczególności matryc, form, stempli, narzędzi do obróbki skrawaniem, elektrod,
   c) szkód, za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady,
   d) szkód spowodowanych przez wady lub błędy w wykonaniu istniejące w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedział Ubezpieczający lub Korzystający,
   e) szkód będących bezpośrednim następstwem ciągłej eksploatacji, a w szczególności normalnego zużycia, kawitacji, erozji, korozji, kamienia kotłowego,
   f) szkód spowodowanych zaniechaniem okresowych przeglądów konserwacyjnych i remontów, których obowiązek określony jest w przepisach prawa lub instrukcji producenta.
4. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Klauzula 10 - Ubezpieczenia mienia w czasie transportu.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:

1. WARTA rozszerza zakres ubezpieczenia o szkody powstałe w czasie transportu drogowego, pomiędzy lokalizacjami Ubezpieczającego, realizowanego przez Ubezpieczającego lub jego pracowników, pojazdami Ubezpieczającego lub ww. osób.

2. W ramach niniejszej klauzuli WARTA odpowiada za utratę, ubytek lub uszkodzenie przewożonego mienia powstałe wskutek jednego lub wielu nagłych, niespodziewanych i niezależnych od woli Ubezpieczającego zdarzeń, za wyjątkiem szkód wyłączonych w ust. 4. i 6. niniejszej klauzuli i obejmuje również szkody powstałe w trakcie operacji załadunkowych i wyładunkowych.
3. Ubezpieczenie rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia załadunku mienia w miejscu nadania i kończy się z chwilą zakończenia wyładunku mienia w miejscu przeznaczenia, z zastrzeżeniem, że rozpoczęcie czynności załadunku/wyładunku ma miejsce w czasie nie dłuższym niż 12 godzin przed rozpoczęciem/ po zakończeniu przewozu.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych w trakcie transportów realizowanych na podstawie umów przewozowych, spedycyjnych lub umów o świadczenie usług logistycznych.
5. Ubezpieczeniu w ramach niniejszej klauzuli nie podlegają:
   a) środki obrotowe, rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usługi,
   b) gotówka i wartości pieniężne,
   c) żywe zwierzęta,
   d) mienie pracownicze,
   e) pojazdy i urządzenia w czasie holowania,
   f) pojazdy i urządzenia podczas ruchu o własnym napędzie,
   g) urządzenia przytwierdzone trwale do pojazdów transportujących.
6. WARTA nie odpowiada za szkody:
   a) polegające na utracie informacji zapisanych na wszelkiego rodzaju nośnikach danych, w tym magnetycznych i optycznych,
   b) powstałe wskutek naturalnego zużycia ubezpieczonego mienia lub jego wad ukrytych, bądź jego właściwości,
   c) spowodowane użyciem niewłaściwego środka transportu, nie przystosowanego do przewozu określonego rodzaju mienia, spowodowane złym stanem technicznym środka transportu,
   d) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania, umocowania lub rozmieszczenia mienia na lub w środku transportu, niewłaściwego opakowania lub użycia niewłaściwych lub niesprawnych urządzeń do wykonania czynności załadunkowych i wyładunkowych,
   e) powstałe wskutek nietrzeźwości, odurzenia narkotycznego lub farmakologicznego kierowcy lub osób dokonujących rozładunku i załadunku,
   f) powstałe wskutek kradzieży bez śladów włamania lub zaginięcia.
7. ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górna granicę odpowiedzialności WARTA na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
8. Klauzula dotyczy przedmiotów w transporcie, których wartość na środek transportu nie przekracza 1.000.000 zł.. W przypadku większych transportów wymagane jest indywidualne zgłoszenie do ubezpieczenia.

V. Wymagane minimalne zabezpieczenia

Niezależnie od obowiązków Ubezpieczającego wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wymienionych w ust. I, zastosowanie mają poniższe ustalenie odnoszące się do minimalnych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych:

1. Zabezpieczenia przeciw kradzieżowe
   1) Dla maszyn i urządzeń stacjonarnych, linii produkcyjnych, elektronicznego sprzętu stacjonarnego, w tym medycznego i biurowego, wyposażenia biurowego nie będącego sprzętem elektronicznym, budynków, hal namiotowych, kiosków, baraków, kontenerów socjalnych- zgodnie z par. 17 OWU
   2) Dla mobilnych maszyn i urządzeń budowlanych, sprzętu i wyposażenia budowy, wózków widłowych – zgodnie z Klauzulą 311 OWU

   Dodatkowo, po opłaceniu składki dodatkowej, zastosowanie mają poniższe zapisy Klauzuli ternu otwartego: Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za maszyny i urządzenia budowlane w przypadku ich kradzieży, pod warunkiem przechowywania ich na terenie dozorowanym, ogrodzonym i oświetlonym, z zastrzeżeniem poniższych postanowień: Pod warunkiem zastosowania stawki dodatkowej pokryte są również szkody materialne w samobieżnych maszynach budowlanych znajdujących się na nieogrodzonym terenie otwartym, pod warunkiem, że:
      a) samobieżne maszyny budowlane były pozostawione na nieogrodzonym terenie otwartym w związku z realizacją prac kontraktowych przez Korzystającego,
      b) specyfika, rodzaj, przeznaczenie samobieżnych maszyn budowlanych oraz miejsce użytkowania nie pozwala na przechowywanie zgodnie z ust. 5,
      c) samobieżne maszyny budowlane pozostawione po godzinach pracy na nieogrodzonym terenie otwartym były zamknięte, tak aby dostanie się do ich wnętrza możliwe było jedynie poprzez wyłamanie zamka lub wybicie szyby lub też fizyczne zniszczenie innego stosownego zabezpieczenia, a kluczyki lub sterowniki służące do otwarcia były w wyłącznym posiadaniu osoby upoważnionej do ich przechowywania,
      d) samobieżne maszyny budowlane o wartości przekraczającej 200.000 zł miały zainstalowany system monitoringu do ustalenia ich lokalizacji GPS lub GANNET.
      e) Franszyza redukcyjna na szkody pokryte powyższym rozszerzeniem ochrony wynosi 10% wartości szkody, nie mniej niż 1.000 PLN w każdej szkodzie, a przy braku spełnienia warunku d) franszyza redukcyjna wynosi 30% wartości szkody, nie mniej niż 10.000 PLN w każdej szkodzie
   3) W przypadku elektronicznego sprzętu przenośnego – zgodnie z kl. 504 OWU

VI. Postępowanie na wypadek zajścia szkody:

W razie zajścia zdarzenia i powstania szkody w ubezpieczonym mieniu, użytkownik postępując zgodnie z instrukcją, zobowiązany jest do zachowania należytej staranności, a w szczególności zobowiązany jest:

1. w miarę możliwości zapobiegać zwiększeniu się rozmiarów szkody;
2. w przypadku, gdy istnieją podstawy do podejrzeń, iż zdarzenie nastąpiło na skutek popełnienia przestępstwa, zawiadomić organy ścigania,
3. niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od powstania szkody przesłać pisemne zawiadomienie o zdarzeniu lub zgłoszenie roszczenia, przekazując dostępne użytkownikowi dane i informacje (załącznik nr 3) do Ubezpieczyciela, tj: TUiR WARTA S.A
   a) zgłoszenie szkody https://www.warta.pl/formularze-szkody
   b) dosłanie dokumentów do szkody - https://www.warta.pl/formularze-szkody
   c) informacje o statusie szkody - Infolinia nr: 801 308 308, +48 502 308 308
4. zachować uszkodzone części i udostępnić je przedstawicielowi lub rzeczoznawcy TUiR Warta w celu przeprowadzenia oględzin,
5. udzielać TUiR Warta S.A. wyjaśnień i udzielać wszelkiej pomocy potrzebnej dla ustalenia okoliczności zdarzenia i rozmiarów szkody, a w szczególności umożliwić oględziny miejsca zdarzenia i przekazywać wszelkie dowody w sprawie;
6. niezwłocznie przesyłać do TUiR Warta S.A. odpisy wszelkich pism, orzeczeń i aktów związanych ze faktem zajścia zdarzenia i powstania szkody

UWAGA:
Szkodę do Santander Leasing SA należy zgłosić niezwłocznie po powiadomieniu policji i zakładu ubezpieczeń, poprzez przesłanie formularza zgłoszenia szkody który jest dostępny na stronie internetowej http://www.leasing24.pl. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszenia szkody.

Ubezpieczenie przedsiębiorstw

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: MIENIE OD ZDARZEŃ LOSOWYCH (Dział II, Grupy: 8, 9)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych o symbolu C3792 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 1 marca 2016 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie mienia od zdarzeń losowych związanego z prowadzoną działalnością gospodarczą adresowane jest do przedsiębiorców, których wartość majątku (trwałego i obrotowego) przekracza 15 000 000 zł.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ mienie stanowiące własność Ubezpieczonego lub znajdujące się w jego prawnym posiadaniu, za które ponosi on odpowiedzialność

Szczegółowy opis przedmiotu ubezpieczenia podany jest w §3, §25–26 OWU.

✓ sumę ubezpieczenia ustala się w zależności od rodzaju ubezpieczanego mienia i winna ona odpowiadać: jego pełnej wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia, maksymalnej przewidywanej wartości w czasie trwania umowy ubezpieczenia lub w kwocie odpowiadającej wysokości przewidywanych strat

Szczegółowy sposób ustalania sumy ubezpieczenia dla różnych rodzajów mienia podany jest w §11 OWU.

✓ ubezpieczenie obejmuje szkody powstałe wskutek zdarzeń o charakterze nagłym, niespodziewanym i niezależnym od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, np. pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, zalania jak i o innym charakterze np. kradzieży w włamaniem, rabunku, dewastacji

Szczegółowy opis zakresu ubezpieczenia i zdarzeń objętych ochroną podany jest w §2, §5, §25–27 oraz Załączniku nr 1 do OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× upraw, drzew, krzewów, gruntów, gleby, naturalnych zbiorników wodnych
× mienia związanego z działalnością wydobywczą znajdującego się pod ziemią
× mienia przeznaczonego na złom
× wszelkiego rodzaju kart płatniczych
× budynków i budowli przeznaczonych do rozbiórki i nie zalegalizowanych samowoli budowlanych oraz znajdującego się w nich mienia
× mienia nieczynnych zakładów i wyłączonego z eksploatacji
× wartości pieniężnych zgłoszonych do ubezpieczenia przez firmy ochrony mienia lub o podobnym charakterze nie będących ich własnością

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! ryzyka wojenne, polityczne, nuklearne, społeczne, akty terrorystyczne
! szkody spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa
! szkody polegające na stopniowym niszczeniu ubezpieczonego mienia
! szkody polegające na awarii maszyn i urządzeń

Pozostałe ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy lub ograniczenia wypłaty odszkodowania podane są w §8 i §9 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ we wskazanych w umowie miejscach prowadzenia działalności (miejscu ubezpieczenia) na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że inne ustalenia były zawarte w umowie

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Jeżeli Ubezpieczony jest również Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
- podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytał pośrednik ubezpieczeniowy i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia jednorazowo lub zgodnie z harmonogramem określonym w umowie

Niezależnie czy Ubezpieczony jest również Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
- umożliwienie Warcie wykonania lustracji mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia
- zawiadomienie Warty w czasie trwania umowy, o każdych zmianach ww. okoliczności, w szczególności takich jak zmiana profilu działalności, prowadzenie prac remontowych, modernizacyjnych, zmiany w mieniu znajdującym się w bezpośrednim sąsiedztwie miejsca ubezpieczenia i w prowadzonej w tym otoczeniu działalności, przeniesienie działalności do innego miejsca, zmiana procesów technologicznych. Zawiadomienia należy dokonać na piśmie
- przestrzeganie powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, w szczególności prawa budowlanego, ochrony przeciwpożarowej, ochrony wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych, ochrony środowiska, norm dotyczących budowy i eksploatacji maszyn i urządzeń technicznych

Obowiązki w przypadku wystąpienia szkody/zgłoszenia roszczenia:
- użycie wszelkich dostępnych środków w celu zapobieżenia powstania szkody, ratowania mienia, zmniejszenia rozmiaru szkody samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb
- zgłoszenie szkody nie później niż w ciągu 2 dni po powstaniu szkody w mieniu lub po dowiedzeniu się o jej powstaniu
- zezwolenie Warcie i/lub powołanym przez nią niezależnym ekspertom na przeprowadzenie czynności w celu ustalenia okoliczności powstania szkody i wysokości odszkodowania
- sporządzenie na własny koszt obliczenia poniesionych strat, przedstawienie dowodów potwierdzających ich wysokość, w tym księgowych

Szczegółowe informacje na temat obowiązków Ubezpieczonego podane są w §20 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach na rachunek wskazany w polisie.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, jeżeli takie ustalenia były zawarte w umowie. Wysokość rat składki i terminy płatności określane są w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się po zawarciu umowy ubezpieczenia z dniem wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki, chyba że w umowie zostały zawarte inne ustalenia.
Ochrona ustaje i umowa ulega rozwiązaniu:
- z upływem terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty (7 dni) w przypadku nieuregulowania płatności z tytułu kolejnej raty składki
- w dniu wypłacenia odszkodowania w wysokości równej łącznej sumie ubezpieczenia, jeżeli takie ustalenia były zawarte w umowie ubezpieczenia
- z dniem wypowiedzenia umowy przez jedną ze stron lub odstąpienia od umowy
- z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa została zawarta

W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia, jeżeli prawa z umowy nie zostały przeniesione na nabywcę, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

Szczegółowe informacje na temat okresu ubezpieczenia i czasu trwania odpowiedzialności podane są w §13 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Od umowy można odstąpić (bez podania przyczyny) w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, jeżeli umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy.
Umowę można rozwiązać w drodze pisemnego wypowiedzenia:
- w przypadku zawieszenia lub zaprzestania prowadzenia działalności – ze skutkiem natychmiastowym
- w razie żądania przez Wartę zmiany wysokości składki w związku z ujawnieniem okoliczności, które pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku – w terminie 14 dni ze skutkiem natychmiastowym

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia podane są w §13 OWU.

warta.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MIENIA OD ZDARZEŃ LOSOWYCH

z dnia 1 maja 2008 r. zmienione Aneksem Nr 1 i 2 (TEKST JEDNOLITY)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 1, § 4, § 5 ust. 1-3 i ust. 8 § 25 ust. 1 i 3, § 26 ust. 1-2, § 27 ust. 1 kl. 1 ust. 1, kl. 2 ust. 1, kl. 3 ust. 1 kl. 4 ust. 2 ppkt. a)-c), kl. 5 ust. 1 kl. 6 ust. 1-2, kl. 7 ust. 1, kl. 8, kl. 9 ust. 1 kl. 10 ust. 1-3, kl. 11 ust. 1 i ust. 5 kl. 12 ust. 1, kl. 13 ust. 1, 2, 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 2, § 5 ust. 4-6 i ust. 8 pkt 2), § 7 § 8, § 9, § 10 ust. 1, § 10 ust. 5-7 § 12 ust. 6, § 13 ust. 3-8, § 14 ust. 6 § 15 ust. 7-8, § 19, § 20 ust. 4-13 § 25 ust. 2 i ust. 8, § 26 ust. 4, § 29 ust. 2 kl. 1 ust. 3 i ust. 6, kl. 4 ust. 2, kl. 5 ust. 2 i ust. 3, kl. 6 ust. 3 i ust. 4, kl. 7 ust. 2, kl. 8 ust. 2, kl. 9 ust. 2, kl. 10 ust. 1-4, kl. 11 ust. 2, 3, 5, 7 kl. 13 ust. 3 i ust. 9

Kto może się ubezpieczyć

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. (nazywane dalej WARTĄ) z osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi posiadającymi zdolność prawną, osobami prowadzącymi działalność gospodarczą (nazywane dalej Ubezpieczającym).
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (Ubezpieczonego).

§2

1. **Akty terrorystyczne** – użycie przemocy przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działających samodzielnie lub w czyimś imieniu lub w powiązaniu z jakąkolwiek organizacją lub rządem, dokonywane z pobudek politycznych, wyznaniowych, ideologicznych, z powodu przynależności etnicznej, rasowej, z zamiarem wywarcia wpływu na władzę państwową lub administracyjną, powodujące dezorganizację życia publicznego lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia.
2. **Aparaty elektryczne** – aparaty elektryczne łączeniowe (wyłączniki, odłączniki), aparaty elektryczne pomiarowe (przekładniki prądowe i napięciowe), aparaty elektryczne regulacyjno-ograniczające (kondensatory, rezystory, dławiki).
3. **Bezpośrednie uderzenie pioruna** – uderzenie pioruna bezpośrednio w przedmiot objęty ubezpieczeniem.
4. **Budowle** – trwale związane z gruntem obiekty budowlane naziemne i podziemne inne niż budynki, wraz z instalacjami i urządzeniami stanowiącymi całość techniczną oraz tymczasowe obiekty budowlane nie połączone trwale z gruntem takie jak: kioski, pawilony sprzedaży ulicznej i wystawowe, obiekty kontenerowe.
5. **Budynek** – obiekt budowlany, trwale związany z gruntem, wydzielony z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadający fundamenty i dach, wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową.
   Za szczególny rodzaj budynku uważa się wiatę, która stanowi pomieszczenie naziemne nie obudowane ścianami ze wszystkich stron bądź ich pozbawione w ogóle.
6. **Budynek rekreacji indywidualnej** – budynek przeznaczony do okresowego wypoczynku.
7. **Deszcz nawalny** – opad deszczu o współczynniku natężenia według skali stosowanej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej co najmniej 4. Wystąpienie deszczu o podanym parametrze WARTA potwierdza w Instytucie Meteorologii i Gospodarki Wodnej lub innych akredytowanych jednostkach badawczych. W przypadku braku stacji pomiarowej w miejscu szkody, bierze się pod uwagę stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ich powstania, świadczące wyraźnie o działaniu deszczu nawalnego. W ramach deszczu nawalnego WARTA nie odpowiada za szkody wskutek powodzi będącej następstwem deszczu nawalnego.
8. **Dewastacja** – zdarzenie polegające na rozmyślnym zniszczeniu lub uszkodzeniu mienia przez osoby trzecie. Pojęcie dewastacji nie obejmuje stłuczenia i/lub uszkodzenia szyb i przedmiotów szklanych oraz kradzieży elementów wyposażenia, instalacji i urządzeń technicznych.
9. **Dym i sadza** – produkty niepełnego spalania materiałów, które:
   1) nagle wydobyły się ze znajdujących się w miejscu ubezpieczenia urządzeń paleniskowych lub grzewczych eksploatowanych zgodnie z przeznaczeniem i przepisami technicznymi, przy jednoczesnym sprawnym funkcjonowaniu urządzeń wentylacyjnych i oddymiających,
   2) są następstwem powstania pożaru w miejscu ubezpieczenia lub w jego bezpośrednim otoczeniu.
10. **Działanie ciężaru śniegu lub lodu:**
    1) bezpośrednie, statyczne działanie ciężaru śniegu lub lodu na przedmiot ubezpieczenia,
    2) zawalenie się pod wpływem ciężaru śniegu lub lodu mienia sąsiedniego na mienie ubezpieczone.
11. **Franszyza redukcyjna** – określona w umowie kwota pomniejszająca każdorazowo wysokość wyliczonego odszkodowania.

12. **Gotówka** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne.
13. **Grad** – opad atmosferyczny w postaci bryłek lodu.
14. **Huk ponaddźwiękowy** – fala ciśnieniowa wywołana przez przekraczający barierę dźwięku statek powietrzny.
15. **Huragan** – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/sek. Prędkość wiatru WARTA potwierdza w Instytucie Meteorologii i Gospodarki Wodnej lub innych akredytowanych jednostkach badawczych. W przypadku nie odnotowania przez ww. jednostki wystąpienia wiatru o podanym parametrze WARTA może uznać pojedyncze szkody za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono szkody wywołane jego działaniem.
    WARTA odpowiada również za szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane przez przedmioty niesione przez wiatr o takiej sile.
16. **Implozja** – uszkodzenie zbiornika lub urządzenia ciśnieniem zewnętrznym, które przewyższa ciśnienie panujące w jego wnętrzu.
17. **Jednostka akredytowana** – instytut lub laboratorium badawcze, posiadające formalne uznanie przez krajową jednostkę akredytującą kompetencji do wykonywania określonych działań.
18. **Jednostka obliczeniowa (j. o.)** – jednostka określająca limit przechowywanych lub transportowanych wartości pieniężnych i stanowiąca 120-krotność przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego za ubiegły kwartał według komunikatu Głównego Urzędu Statystycznego.
19. **Kradzież z włamaniem** – dokonana lub usiłowana:
    1) zabór mienia z zamkniętego lokalu, po usunięciu przy użyciu siły i narzędzi zainstalowanych zabezpieczeń lub po otworzeniu zabezpieczeń oryginalnym lub podrobionym kluczem lub innym nośnikiem kodu, które sprawca zdobył w drodze kradzieży z włamaniem do innego lokalu lub w drodze rabunku,
    2) zabór mienia z lokalu, w którym sprawca ukrył się przed jego zamknięciem, o ile pozostawił tam ślady, które mogą być użyte jako dowód w postępowaniu wyjaśniającym.
20. **Lawina** – gwałtowne zsuwanie się lub staczanie mas śniegu, lodu, skał lub kamieni na stokach.
21. **Maszyny elektryczne** – transformatory, generatory, silniki, przekształtniki.
22. **Mienie pracownicze** – mienie osobistego użytku pracowników Ubezpieczającego, które znajduje się w miejscu pracy, z wyłączeniem, gotówki, wartości pieniężnych i dokumentów, kart płatniczych (debetowych, obciążeniowych, kredytowych, wstępnie opłaconych preloaded), parapłatniczych (bankomatowych, rabatowych, gwarancji czeków) oraz pojazdów mechanicznych (za wyjątkiem wózków inwalidzkich).
23. **Nakłady inwestycyjne** – udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczającego na wykończenie, remonty adaptacyjne, remonty kapitalne obiektów lub pomieszczeń wraz z infrastrukturą techniczną z nimi związaną:
    a) zajmowanych przez Ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego, a nie będących jego własnością,
    b) będących własnością Ubezpieczającego, o ile nie zostały uwzględnione w sumie ubezpieczenia budynków.
24. **Należyty stan techniczny** – stan urządzeń i elementów zapewniający spełnianie przez nie założonych cech funkcjonalnych i estetycznych poprzez poddawanie ich okresowym przeglądom, konserwacjom czy badaniom.
25. **Niskocenne składniki majątku** – mienie, które zgodnie z obowiązującymi przepisami zostało jednorazowo wliczone do kosztów operacyjnych i nie jest ujmowane w ewidencji środków trwałych.
26. **Pośrednie uderzenie pioruna** – uszkodzenie ubezpieczonego mienia wskutek indukcji elektromagnetycznej spowodowanej przez wyładowanie atmosferyczne.
27. **Pożar** – niekontrolowany proces spalania przebiegający w miejscu do tego nie przeznaczonym.
28. **Powódź** – zalanie terenów w następstwie:
    1) podniesienia się wody w korytach wód płynących i stojących (w tym zalanie terenów na skutek sztormu),
    2) spływu wód po zboczach i stokach na terenach górskich lub falistych WARTA odpowiada również za szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane przenoszeniem przedmiotów przez wody powodziowe.
29. **Przedsiębiorca** – osoba osoba prawna, jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, posiadająca zdolność prawną wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Za przedsiębiorcę uznaje się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.
30. **Rabunek** (rozbój) – dokonany i usiłowany:
    1) zabór mienia z zastosowaniem przez sprawcę przemocy lub groźby jej natychmiastowego użycia w stosunku do Ubezpieczającego, jego pracowników lub osób działających na jego zlecenie, z jego upoważnienia bądź w jego imieniu,
    2) zabór mienia przy zastosowaniu przemocy lub groźby jej użycia i doprowadzeniu do lokalu lub schowka objętego ubezpieczeniem osoby posiadającej klucze i zmuszeniu jej do ich otworzenia lub otworzenia ich kluczami zrabowanymi przez sprawcę.
31. **Reprezentant Ubezpieczającego:**
    a) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektor i jego zastępcy,
    b) w przypadku spółek kapitałowych (tj. z ograniczą odpowiedzialnością i spółek akcyjnych) – członkowie zarządu i prokurenci,
    c) w przypadku spółek jawnych – wspólnicy i prokurenci,
    d) w przypadku spółek komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariusze i prokurenci,
    e) w przypadku spółek partnerskich – partnerzy, członkowie zarządu i prokurenci,
    f) w przypadku spółek cywilnych – wspólnicy,
    g) w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członkowie zarządu.
32. **Skażenie** – oddziaływanie materiałami, które ze względu na swoje pochodzenie, skład chemiczny, biologiczny i inne właściwości oraz okoliczności stanowią zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzi albo dla środowiska.
33. **Stały dozór** – nadzór nad obiektem/lokalem, terenem zewnętrznym sprawowany przez koncesjonowaną agencję ochrony mienia lub przez pracowników Ubezpieczającego.
    Sprawujący dozór winni posiadać określony zakres obowiązków z wyszczególnieniem zadań dotyczących postępowania w przypadku próby zaboru mienia a także wykonywać swoje czynności w sposób zapewniający należytą ochronę mienia poprzez:
    – dokonywanie okresowego patrolowania obszaru chronionego (nie rzadziej niż co dwie godziny) oraz kontrolę zabezpieczeń; sposób sprawowania dozoru winien być rejestrowany w dokumentacji służb dozoru i okresowo kontrolowany przez Ubezpieczającego lub
    – obserwację całego terenu i obiektów przy pomocy kamer TV; zapis z kamer winien być przechowywany przez czas określony w umowie dotyczącej ochrony.
34. **Szkody elektryczne** – uszkodzenie maszyn i aparatów elektrycznych spowodowane bezpośrednim działaniem prądu elektrycznego, na skutek wystąpienia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
    – uszkodzenie izolacji,
    – zwarcie,
    – zmiana wartości napięcia lub częstotliwości w sieci zasilającej,
    – zanik napięcia jednej lub kilku faz,
    – niezadziałanie lub wadliwe funkcjonowanie zabezpieczeń chroniących maszyny i aparaty elektryczne.
35. **Środki obrotowe** – mienie zaliczane do rzeczowych aktywów obrotowych takie jak: towary, surowce, materiał y w przerobie, pół produkty, wyroby gotowe, materiały eksploatacyjne i pomocnicze, opakowania oraz towary nabyte w celu odsprzedaży w stanie nieprzetworzonym, jeśli nie są one zaliczane do środków trwałych w myśl obowiązujących przepisów.
36. **Trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi** – zjawiska nie związane z działalnością człowieka polegające na gwałtownych wstrząsach i drganiach gruntu, obniżaniu się terenu wskutek zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni powstałych w sposób naturalny, ruchy ziemi na stokach.
37. **Uderzenie pojazdu** – uderzenie pojazdu mechanicznego, jego części lub przewożonego na nim ładunku w ubezpieczone mienie.
38. **Upadek drzew, budynków, budowli, urządzeń technicznych** – uszkodzenie ubezpieczonego mienia wskutek przewrócenia się rosnących w pobliżu drzew lub nie będących we władaniu Ubezpieczającego budynków, budowli, urządzeń technicznych lub ich elementów.
39. **Upadek statku powietrznego** – katastrofa bądź przymusowe lądowanie statku powietrznego, upadek jego części lub transportowanego ładunku, awaryjny zrzut paliwa.
40. **Wybuch:**
    1) gwałtowna zmiana równowagi układu wywołana reakcją chemiczną z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów i/lub par cieczy,
    2) gwałtowna zmiana równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów i/lub par cieczy znajdujących się w zbiorniku/naczyniu ciśnieniowym, wywołana ich dążnością do rozprężania i rozprzestrzeniania się.
41. **Wartości pieniężne:**
    1) czeki, wystawione przez innych przedsiębiorców,
    2) akcje, obligacje na okaziciela nie dopuszczone do publicznego obrotu,
    3) złoto, srebro, platyna, kamienie szlachetne i półszlachetne, perły oraz wyroby z nich wykonane.
42. **Zabudowa zagrodowa** – budynki mieszkalne, gospodarcze i inwentarskie w rodzinnych gospodarstwach rolnych, hodowlanych lub ogrodniczych oraz w gospodarstwach leśnych.
43. **Zalanie** – niezamierzone i niekontrolowane wydobywanie się wody, pary lub innych cieczy z urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania lub innych przewodów i urządzeń technologicznych, wskutek:
    1) awarii instalacji lub działania niskich temperatur,
    2) samoistnego rozszczelnienia się zbiorników,
    3) cofnięcia się ścieków z sieci kanalizacyjnej,
    4) samoczynnego uruchomienia się wodnych instalacji gaśniczych z przyczyn innych niż pożar,
    5) nieumyślnego pozostawienia otwartych zaworów w sieci wodociągowej,
    6) nieumyślnego działania osób trzecich,

    Ponadto za zalanie uważa się uszkodzenie ubezpieczanego mienia wodą powstałą w wyniku szybko topniejących mas śniegu na skutek gwałtownej zmiany temperatury.
44. **Zamek wielopunktowego ryglowania** – zamek powodujący ryglowanie drzwi w ościeżnicy w co najmniej dwóch miejscach odległych od siebie o minimum 30cm.
45. **Zdarzenie losowe** – zdarzenie o charakterze przyszłym, nieprzewidzianym, nagłym i niezależnym od woli Ubezpieczającego powodującym szkodę w ubezpieczonym mieniu.

Przedmiot ubezpieczenia
§ 3

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU może być wymienione poniżej mienie, ewidencjonowane zgodnie z obowiązującymi przepisami, stanowiące własność Ubezpieczającego lub znajdujące się w jego prawnym posiadaniu, za które ponosi on odpowiedzialność:
    1) środki trwałe:
        a) budynki i budowle,
        b) maszyny, urządzenia i wyposażenie,
        c) stacjonarny i przenośny sprzęt elektroniczny,
    2) środki obrotowe,
    3) rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usługi,
    4) nakłady inwestycyjne,
    5) gotówka,
    6) wartości pieniężne,
    7) niskocenne składniki majątku,
    8) mienie pracownicze.
2. Za zgodą WARTY przedmiotem ubezpieczenia mogą być także:
    1) dzieła sztuki, przedmioty o charakterze zabytkowym lub unikatowym, eksponaty,
    2) dokumenty w formie papierowej,
    3) plany w formie papierowej, modele, wzorce,
    4) budynki w budowie,

    w zakresie ograniczonym do zdarzeń losowych określonych w umowie ubezpieczenia.

Miejsce ubezpieczenia
§ 4

Miejsce ubezpieczenia oznacza każde miejsce na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie, w którym znajduje się zgłoszone do ubezpieczenia mienie, o ile nie umówiono się inaczej.

Zakres ubezpieczenia
§ 5

1. W ramach ubezpieczenia WARTA odpowiada za szkody w ubezpieczonym mieniu będące następstwem zdarzenia losowego, powstałe w okresie i miejscu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7-9.
2. WARTA może ubezpieczyć mienie:
    1) od następstw wymienionych i § 2 niniejszych OWU zdarzeń, w zakresie:
        a) podstawowym obejmującym: pożar, bezpośrednie uderzenie pioruna, wybuch, implozję, upadek statku powietrznego,
        b) rozszerzonym obejmującym wszystkie zdarzenia wymienione w pkt 1a) oraz jedno lub więcej wymienionych poniżej zdarzeń o:
            ppkt a) powódź,
            ppkt b) huragan,
            ppkt c) deszcz nawalny, grad, działanie ciężaru śniegu i lodu, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi, lawina, dym i sadzę, uderzenie pojazdu, huk ponaddźwiękowy, pośrednie uderzenie pioruna, upadek drzew, budynków, budowli, urządzeń technicznych,
            ppkt d) zalanie
        c) pełnym obejmującym wszystkie zdarzenia wymienione w pkt. 1a) i 1b) niniejszego punktu.
    2) od szkód polegających na utracie, zniszczeniu lub uszkodzeniu ubezpieczonego mienia na skutek nagłego, niespodziewanego i niezależnego od woli Ubezpieczającego zdarzenia, o ile nie zostało ono wyłączone z ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 8 i 9.
3. W ramach ubezpieczenia WARTA pokrywa również:
    1) szkody polegające na:
        a) skażeniu lub zanieczyszczeniu ubezpieczonego mienia spowodowane zdarzeniami losowymi objętymiumową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 8 pkt. 3),
        b) zniszczeniu ubezpieczonego mienia wskutek akcji ratowniczej, prowadzonej w związku z zaistniałymi zdarzeniami losowymi.
    2) udokumentowane poniesione koszty:
        a) zapobieżenia szkodzie w przypadku bezpośredniego zagrożenia przez zaistniałe zdarzenie losowe,
        b) związane z ratunkiem ubezpieczonego i dotkniętego szkodą mienia, mające na celu niedopuszczenie do powstania lub zwiększenia szkody,
        c) uprzątnięcia pozostałości po szkodzie, łącznie z kosztami rozbiórki i demontażu części niezdatnych do użytku.
4. Koszty, o których mowa w ust. 3. pkt. 2a) i 2b)niniejszego paragrafu pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia bez względu na wynik działań zapobiegających i ratowniczych, a koszty wymienione w ust. 3. pkt. 2c) niniejszego paragrafu pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia w wysokości nie przekraczającej 10 % szkody, chyba, że zostaną dodatkowo ubezpieczone.
5. Jeżeli koszty, o których mowa w ust. 3. dotyczą mienia ubezpieczonego i nie ubezpieczonego, WARTA pokryje je w takiej proporcji do ogólnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego, w jakiej wartość mienia ubezpieczonego pozostaje do wartości całego mienia. W przypadku, gdy ustalenie tych wartości jest niemożliwe, WARTA pokryje 50% poniesionych kosztów.
6. O ile przebieg zdarzenia losowego nie wskazuje na bezwzględną konieczność prowadzenia działań związanych z ratunkiem lub zabezpieczeniem mienia w godzinach nadliczbowych lub dniach wolnych od pracy, koszty wymienione w ust. 3. pkt. 2a) i 2b) są pokrywane według stawek godzinowych podstawowych, natomiast koszty uprzątnięcia po szkodzie, wymienione w ust. 3. pkt. 2c), są pokrywane zawsze według podstawowych stawek godzinowych.
7. Ubezpieczenie zawarte w zakresie określonym w ust. 2. pkt 1) może zostać rozszerzone dodatkowo o:
    1) ubezpieczenie maszyn elektrycznych od szkód elektrycznych, zgodnie z § 25,
    2) stłuczenie i uszkodzenie szyb i innych przedmiotów, zgodnie z § 26,
    3) dewastację, zgodnie z § 27.

8. Ubezpieczenie zawarte w zakresie określonym w ust. 2. pkt 2) może zostać rozszerzone dodatkowo o:
   1) ubezpieczenie maszyn elektrycznych od szkód elektrycznych, zgodnie z § 25,
   2) stłuczenie i uszkodzenie szyb i innych przedmiotów, zgodnie z § 26.
   W przypadku ubezpieczenia budynku, oszklenie ścian i dachów oraz szyby okienne i drzwiowe objęte są ubezpieczeniem i nie wymagają dodatkowego rozszerzenia ubezpieczenia, o ile ich wartość została uwzględniona w sumie ubezpieczenia budynku.

Okres ubezpieczenia
§ 6

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony, zwany okresem ubezpieczenia.

Jakiego mienia WARTA nie ubezpiecza
§ 7

Na podstawie niniejszych OWU WARTA nie ubezpiecza:
1) upraw na pniu, drzew, krzewów,
2) zwierząt w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt 2),
3) gruntów, gleby, naturalnych wód podziemnych i powierzchniowych, zbiorników wodnych,
4) mienia związanego z produkcją wydobywczą znajdującego się pod ziemią,
5) programów komputerowych, chyba że stanowią środki obrotowe,
6) mienia przeznaczonego na złom,
7) kart płatniczych (debetowych, obciążeniowych, kredytowych, kart wstępnie opłaconych), kart parapłatniczych (bankomatowych, rabatowych, gwarancyjnych czeków),
8) mienia w czasie transportu, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 10. Niniejsze wyłączenie nie dotyczy gotówki i wartości pieniężnych ubezpieczonych w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt. 2),
9) budynków i budowli przeznaczonych do rozbiórki oraz nie zalegalizowanych samowoli budowlanych, a także znajdującego się w nich mienia,
10) mienia nieczynnych zakładów oraz mienia wyłączonego z eksploatacji (tzn. obiektów i urządzeń wyłączonych z eksploatacji na okres dłuższy niż 30 dni, chyba, że WARTA została o tym fakcie poinformowana i pisemnie potwierdziła utrzymanie ubezpieczenia), powyższe nie dotyczy obiektów i urządzeń będących w planowanym przestoju technologicznym wynikającym z ich funkcji (np. kotłownie, linie produkcyjne pracujące w układzie periodycznym itp.),
11) gotówki i wartości pieniężnych będących w posiadaniu ochrony mienia lub innej świadczącej usługi o podobnym charakterze w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt 2),
12) szklarni, inspektów, namiotów (w tym namiotów foliowych) oraz znajdującego się w nich mienia w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt. 2).

Wspólne dla wszystkich zakresów ubezpieczenia wyłączenia odpowiedzialności za szkody
§ 8

WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
1. powstałe wskutek działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, rewolucji, wojny domowej, sabotażu i aktów terrorystycznych, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 8 i 9,
2. wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego lub jego reprezentantów,
3. spowodowane reakcją jądrową, skażeniem radioaktywnym lub zanieczyszczeniem odpadami przemysłowymi,
4. w mieniu zajętym przez uprawnione organy władzy państwowej i samorządowej,
5. w środkach obrotowych o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem szkody oraz mieniu, którego zakup potwierdzony jest fałszywymi dokumentami,
6. górnicze powstałe wskutek prowadzenia prac i robót geologicznych, wydobywczych kopalin ze złóż oraz robót podziemnych z zastosowaniem techniki górniczej, lub też zawału wyrobisk górniczych (zarówno czynnych jak i wyłączonych z eksploatacji),
7. powstałe w związku z prowadzeniem lub w następstwie robót budowlanych, w rozumieniu ustawy Prawo budowlane, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 4,
8. powstałe na skutek systematycznego zawilgacania z powodu nieszczelności urządzeń wodno-kanalizacyjnych i innych urządzeń technologicznych rozprowadzających wodę, inne ciecze lub parę oraz zawilgacania przez wody gruntowe, a także spowodowane przez grzyb ścienny,
9. powstałe wskutek wybuchu wywołanego przez Ubezpieczającego w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych lub rozbiórkowych,
10. powstałe w mieniu składowanym niezgodnie z wymaganiami producenta lub dostawcy, chyba, że sposób składowania nie miał wpływu na powstanie lub rozmiar szkody,
11. powstałe w pojazdach podlegających rejestracji, chyba, że stanowią one środki obrotowe lub rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usług,
12. powstałe wskutek zalania mienia, jeżeli zalanie nastąpiło z powodu złego stanu technicznego dachu lub innych elementów budynku, którego konserwacja należała do obowiązków Ubezpieczającego, bądź z powodu nie zabezpieczenia otworów (okien, świetlików itp.),
13. powstałe w środkach obrotowych, rzeczach ruchomych osób trzecich oraz mieniu nie eksploatowanym, w wyniku uszkodzenia/ zniszczenia będącego następstwem zalania, powodzi lub deszczu nawalnego składowanych poniżej poziomu gruntu, jeżeli składowane były niżej niż 10 cm nad podłogą, powyższe nie dotyczy przypadku gdy zalanie nastąpiło bezpośrednio z góry,
14. powstałe w naziemnych oraz podziemnych liniach (przesyłowych i rozdzielczych) elektroenergetycznych, teletechnicznych i innych tego typu oraz urządzeniach stanowiących ich integralną część, służących do rozdziału i przetwarzania energii lub sygnałów, za wyjątkiem linii i urządzeń zaspokajających Ubezpieczającego, zlokalizowanych na jego terenie i stanowiących jego własność,
15. powstałe w wyniku nie przestrzegania przez Ubezpieczającego wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, Polskich Normach i normach branżowych, o ile miało to wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar,
16. wszelkiego rodzaju szkody pośrednie związane z opóźnieniami, utratą rynku, utratą zysku, zwiększonymi kosztami działalności, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 11,
17. nie przekraczające 500 zł łącznie z kosztami o których mowa w § 5 ust. 3. pkt. 2).

Dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności za szkody
§ 9

W przypadku ubezpieczenia mienia w zakresie ubezpieczenia określonym w § 5 ust. 2. pkt 2), WARTA nie odpowiada również za szkody:
1. polegające na stopniowej utracie właściwości użytkowych lub stopniowym niszczeniu ubezpieczonego mienia będących skutkiem naturalnego zużycia, ujawnienia się wad ukrytych, wadliwej właściwości lub natury przedmiotu ubezpieczenia, zmiany jego parametrów w wyniku powolnego oddziaływania czynników termicznych, chemicznych, biologicznych chyba, że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie losowe nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas WARTA ponosi odpowiedzialność za skutki takiego zdarzenia,
2. polegające na awarii, uszkodzeniu maszyn, urządzeń, stacjonarnego i przenośnego sprzętu elektronicznego, wskutek przyczyn związanych z ich eksploatacją, obsługą bądź konserwacją, chyba, że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas WARTA ponosi odpowiedzialność za skutki takiego zdarzenia, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 6,
3. w środkach obrotowych na skutek awarii urządzeń chłodniczych, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 7,
4. polegające na elektrycznych, nie związanych z wyładowaniami atmosferycznymi, uszkodzeniach maszyn i urządzeń,
5. polegające na pękaniu ścian lub zawaleniu się budynków i budowli, chyba, że szkoda powstała na skutek zdarzenia, za które WARTA ponosi odpowiedzialność, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 5,
6. wywołane błędami konstrukcyjnymi, nieprawidłowym montażem, użyciem wadliwych materiałów, chyba, że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas WARTA ponosi odpowiedzialność za skutki takiego zdarzenia,
7. polegające na nie działaniu, nieprawidłowym działaniu lub nieprawidłowym zastosowaniu oprogramowania lub nośników informacji, a także niedostępności, utracie lub zniekształceniu informacji przechowywanej bądź przetwarzanej przez sprzęt, oprogramowanie lub nośnik informacji, chyba, że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas WARTA ponosi odpowiedzialność za skutki takiego zdarzenia,
8. w mieniu, którego uszkodzenie lub zniszczenie nastąpiło bezpośrednio w wyniku jego produkcji, przetwarzania, wykonywania na nim usługi,
9. powstałe wskutek kradzieży mienia, za wyjątkiem kradzieży z włamaniem i rabunku, za które WARTA ponosi odpowiedzialność,
10. powstałe wskutek kradzieży z włamaniem i rabunku w obiektach nie zabezpieczonych zgodnie z postanowieniami ust. 6.-21. paragrafu 17,
11. polegające na utracie lub ubytku mienia powstałego w niewyjaśnionych okolicznościach, z nieustalonych przyczyn lub będące następstwem oszustwa, fałszerstwa, poświadczenia nieprawdy, podstępu, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu,
12. polegające na stłuczeniu przedmiotów szklanych stanowiących środki obrotowe,
13. powstałe wskutek zakłóceń lub przerwy w dostawie do ubezpieczanego zakładu mediów (energii elektrycznej, energii cieplnej, wody, pary, gazu).

Suma ubezpieczenia/limit odpowiedzialności
§ 10

1. Suma ubezpieczenia lub uzgodniony w umowie limit odpowiedzialności stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY.
2. Sposób ustalenia sumy ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności zależy od rodzaju mienia zgłoszonego przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia oraz wybranego przez niego zakresu ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia:
   1) powinna uwzględniać podatek VAT w przypadku gdy Ubezpieczający nie jest płatnikiem podatku VAT,
   2) nie powinna uwzględniać podatku VAT w przypadku, gdy Ubezpieczający jest płatnikiem podatku VAT.
4. Sumę ubezpieczenia mienia ustala Ubezpieczający, zgodnie z zasadami określonymi w § 11, przy czym w odniesieniu do poszczególnego środka trwałego, za sumę ubezpieczenia przyjmuje się jego wartość zgodnie z ewidencją, a w przypadku ubezpieczenia w wartości odtworzeniowej lub rzeczywistej zgodnie z wykazem środków trwałych Ubezpieczającego, załączonym do umowy ubezpieczenia. W przypadku braku wykazu ubezpieczonego mienia przyjmuje się, że ubezpieczeniem objęta jest całość mienia znajdującego się w ubezpieczonej lokalizacji.
5. W ubezpieczeniu mienia w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt. 2) górną granicę odpowiedzialności za szkody w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku stanowi limit w wysokości 20% sumy ubezpieczenia poszczególnych rodzajów ubezpieczonego mienia, z zastrzeżeniem postanowień § 17 ust. 13.-17. odnoszących się do gotówki i wartości pieniężnych.
6. W przypadku gdy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie klauzule określone w załączniku do OWU górną granicę odpowiedzialność za szkody z tytułu poszczególnych klauzuli stanowi limit odpowiedzialności określony w umowie ubezpieczenia.
7. WARTA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym może wprowadzić w formie limitu ograniczenie odpowiedzialności za szkody w mieniu z tytułu powodzi w zależności od stopnia zagrożenia miejsca ubezpieczenia występowaniem powyższego ryzyka.
8. Na wniosek Ubezpieczającego istnieje możliwość ustalenia dodatkowej prewencyjnej sumy ubezpieczenia. W przypadku niedoszacowania sumy ubezpieczenia mienia, prewencyjna suma ubezpieczenia będzie miała zastosowanie do tych pozycji mienia, w których po szkodzie stwierdzono niedoubezpieczenie.
9. O ile nie umówiono się inaczej, ustalone w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia nie ulegają obniżeniu po wypłacie odszkodowania, za wyjątkiem sum ubezpieczenia określonych w systemie na pierwsze ryzyko, o którym mowa w § 11 ust. 11.-13. oraz ustalonych limitów odpowiedzialności.
10. Sumy ubezpieczenia/limity odpowiedzialności, które uległy obniżeniu po wypłacie odszkodowania, mogą zostać, w uzgodnieniu z WARTĄ i po opłaceniu dodatkowej składki, uzupełnione do pierwotnej wysokości.

Sposób ustalania sumy ubezpieczenia.
Systemy ubezpieczenia
§ 11

1. W zależności od przedmiotu ubezpieczenia, ubezpieczenie zawarte może być w systemie:
   1) na sumy stałe,
   2) na sumy zmienne,
   3) na pierwsze ryzyko.

Sumy stałe

2. Ubezpieczenie na **sumy stałe** oznacza, że suma ubezpieczenia każdego rodzaju mienia zgłoszonego do ubezpieczenia winna odpowiadać jego wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia oraz przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
   Jeżeli Ubezpieczający w trakcie trwania umowy ubezpieczenia podwyższy wartość mienia danego rodzaju poprzez wprowadzenie zmian technicznych lub zakup nowego mienia obowiązany jest do zgłoszenia nowej (podwyższonej) sumy ubezpieczenia, która będzie obowiązywała od dnia następnego po jej zgłoszeniu i opłaceniu dodatkowej składki.
3. Na sumy stałe mogą być ubezpieczone:
   1) środki trwałe:
      a) budynki i budowle,
      b) maszyny, urządzenia i wyposażenie,
      c) stacjonarny i przenośny sprzęt elektroniczny,
   2) środki obrotowe, rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usługi,
   3) gotówka i wartości pieniężne,
   4) budynki w budowie,
   5) dzieła sztuki, przedmioty o charakterze zabytkowym lub unikatowym, eksponaty.
4. Sumę ubezpieczenia dla środków trwałych ustala Ubezpieczający opierając się na:
   1) wartości odtworzeniowej – pozwalającej na odbudowę/odtworzenie mienia do stanu nowego ale nie ulepszonego,
      a) w przypadku budynków i budowli – będzie to koszt odbudowy z zachowaniem dotychczasowych wymiarów, konstrukcji, rodzaju zastosowanych materiałów wraz z nakładami na roboty wykończeniowe,
      b) w przypadku pozostałych środków trwałych – będzie to cena nabycia lub koszt wytworzenia nowego środka trwałego tego samego rodzaju, typu, modelu i o tych samych bądź zbliżonych parametrach z uwzględnieniem kosztów transportu i montażu,
   2) wartości rzeczywistej – pozwalającej na odbudowę/odtworzenie mienia do stanu nowego nie ulepszonego, z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia,
   3) wartości ewidencyjnej brutto (księgowej wartości początkowej środków trwałych z uwzględnieniem obowiązujących przeszacowań).
5. Sumę ubezpieczenia dla budynków w budowie ustala Ubezpieczający w oparciu o koszt odtworzenia robót wykonanych w poprzednich okresach powiększony o planowaną wartość przerobu budowlanego w bieżącym okresie ubezpieczenia.
6. Sumę ubezpieczenia dla środków obrotowych ustala Ubezpieczający na podstawie najwyższej przewidywanej w okresie ubezpieczenia wartości odpowiadającej cenie ich nabycia lub kosztom wytworzenia.
7. Sumę ubezpieczenia dla rzeczy ruchomych osób trzecich przyjętych do sprzedaży lub w celu wykonania usługi ustala Ubezpieczający na podstawie najwyższej przewidywanej w okresie ubezpieczenia wartości tego mienia ustalonej pomiędzy usługodawcą i usługobiorcą, bez uwzględnienia prowizji komisowej oraz ceny usługi.
8. Sumę ubezpieczenia dla gotówki i wartości pieniężnych ustala Ubezpieczający na podstawie najwyższej przewidywanej w okresie ubezpieczenia wartości:
   1) dla krajowych i zagranicznych znaków pieniężnych – według wartości nominalnej,
   2) dla czeków – na podstawie kwot wykazanych na czekach, akcji – na podstawie wartości księgowej akcji, obligacji – na podstawie wartości nominalnej z uwzględnieniem należnego oprocentowania,

3) dla złota, srebra, platyny, kamieni szlachetnych i półszlachetnych, pereł oraz wyrobów z nich wykonanych według ceny zakupu lub kosztów wytworzenia.

9. Sumę ubezpieczenia dla dzieł sztuki, przedmiotów o charakterze zabytkowym lub unikatowym, eksponatów ustala Ubezpieczający w oparciu o wartość określoną przez rzeczoznawcę, wartość rynkową lub cenę zakupu potwierdzoną rachunkiem/fakturą.

Sumy zmienne

10. Ubezpieczeniem **na sumy zmienne** mogą być ubezpieczone środki obrotowe, których wartość w okresie ubezpieczenia ulega znacznym wahaniom, a średnia miesięczna ich wartość ustalona na podstawie stanów na ostatni dzień każdego miesiąca w okresie 12 miesięcy poprzedzających zawarcie ubezpieczenia nie jest mniejsza niż 300.000 złotych.
11. Suma ubezpieczenia ubezpieczonego mienia powinna odpowiadać najwyższej przewidywanej wartości mienia zgłoszonego do ubezpieczenia odpowiadającej cenie nabycia lub kosztom wytworzenia.

Pierwsze ryzyko

12. Ubezpieczenie na pierwsze ryzyko oznacza, że Ubezpieczający określa sumę ubezpieczenia w kwocie odpowiadającej wysokości przewidywanych strat, która nie musi odpowiadać pełnej wartości mienia zgłoszonego do ubezpieczenia.
13. Na pierwsze ryzyko mogą być ubezpieczone:
    1) nakłady inwestycyjne,
    2) gotówka, (za wyjątkiem banków i
    3) niskocenne składniki majątku,
    4) mienie pracownicze,
    5) dokumenty,
    6) plany, modele, wzorce.
14. Na pierwsze ryzyko mogą zostać ubezpieczone ponad sumę ubezpieczenia koszty, o których mowa w § 5 ust. 3. pkt 2), prewencyjna suma ubezpieczenia, o której mowa w § 10 ust. 8. oraz dodatkowy, ponad limit odpowiedzialności o którym mowa w § 10 ust. 5. limit dla kradzieży z włamaniem i rabunku, z zastrzeżeniem postanowień § 17 ust. 14.-18. odnoszących się do gotówki i wartości pieniężnych.

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§ 12

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku wypełnionego przez Ubezpieczającego, skierowanego do WARTY na formularzu lub w innej formie pisemnej, zawierającego dane niezbędne do oceny ryzyka i wyliczenia kosztów ubezpieczenia.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
    1) nazwę i adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego,
    2) NIP i regon Ubezpieczającego/Ubezpieczonego,
    3)
    4) czas trwania ubezpieczenia (początek, koniec),
    5) miejsce ubezpieczenia,
    6) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
    7) sumy ubezpieczenia/limity odpowiedzialności,
    8) system ubezpieczenia,
    9) opis posiadanych zabezpieczeń przeciwpożarowych, przeciwwłamaniowych.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera danych określonych w ust. 2. lub zawiera błędy Ubezpieczający, na wniosek WARTY, powinien go uzupełnić lub poprawić w terminie 14 dni od daty otrzymana pisma WARTY.
4. Ubezpieczający jest obowiązany udzielić WARCIE odpowiedzi na wszystkie pytania umieszczone na formularzu wniosku lub skierowane do niego w innej formie pisemnej. W okresie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający ma obowiązek zgłaszania niezwłocznie w formie pisemnej, zmian powyższych okoliczności. Jeżeli WARTA zawarła umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.
5. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela obowiązki określone w ust. 1.-4. ciążą również na przedstawicielu i obejmują ponadto okoliczności jemu znane.
6. Jeżeli Ubezpieczający udzielił niezgodnie z prawdą odpowiedzi na pytania o których mowa w ust. 1.-4. lub nie poinformował o zmianie powyższych okoliczności, WARTA nie ponosi odpowiedzialności za wynikłe z tego tytułu skutki. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie podanych przez Ubezpieczającego umyślnie nieprawdziwych danych WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkodę.
7. WARTA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

Czas trwania umowy ubezpieczenia
§ 13

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony, podany w dokumencie ubezpieczenia jako okres ubezpieczenia.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki (w całości lub pierwszej raty).
3. Jeżeli strony umówiły się, że WARTA ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki, a składka lub pierwsza rata nie została opłacona w ustalonym terminie, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w drodze pisemnego wypowiedzenia przez WARTĘ ze skutkiem natychmiastowym. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, za który przypada nieopłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może spowodować ustanie odpowiedzialności WARTY, gdy WARTA po upływie terminu zapłaty kolejnej raty składki wezwała Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, ze brak zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
5. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia, prawa z umowy ubezpieczenia mogą być za pisemną zgodą WARTY, przeniesione na nabywcę przedmiotu. W razie przeniesienia praw, o których mowa powyżej, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba, że strony za zgodą WARTY umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Jeżeli prawa, o których mowa powyżej nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
6. Odpowiedzialność WARTY ustaje:
    1) w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w przypadku określonym w § 13 ust. 3. i 5.,
    2) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadku określonym w § 13 ust. 7.,
    3) w przypadku o którym mowa w ust. 4., o ile kolejna rata składki nie zostanie opłacona,
    4) w dniu wypłacenia przez WARTĘ odszkodowania w wysokości równej łącznej sumie ubezpieczenia, o ile umowa ubezpieczenia przewiduje obniżenie sumy ubezpieczenia po wypłacie odszkodowania, zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 9.,
    5) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana przez każdą ze stron:
    1) w przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa powstania szkody, w wyniku której strona zażądała zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym,
    2) ze skutkiem natychmiastowym z dniem zawieszenia lub zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.
8. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni licząc od dnia zawarcia umowy.

Składka
§ 14

1. Składkę za ubezpieczenie oblicza się za czas trwania odpowiedzialności WARTY zgodnie z obowiązującą taryfą, po dokonaniu oceny ryzyka, z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, sum ubezpieczenia.
2. W przypadku określenia sumy ubezpieczenia w walucie obcej wartość składki wyliczonej w oparciu o tę sumę przelicza się na złote według średniego kursu NBP z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa może być płatna jednorazowo lub w ratach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy płatność składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego, przekazu pocztowego lub w formie elektronicznej, za datę opłacenia składki uznaje się datę stempla bankowego lub pocztowego, uwidocznioną na przelewie bankowym lub pocztowym Ubezpieczającego lub datę złożenia zlecenia przelania środków przy opłacie w formie elektronicznej potwierdzającą przekazanie środków pieniężnych na rachunek WARTY, w kwocie określonej w dokumencie ubezpieczenia, o ile zlecenie zapłaty zostało dokonane przed upływem wyznaczonego terminu płatności określonego w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy, a na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca kwota środków pieniężnych do zrealizowania tego przelewu.
5. Do zapłacenia składki zobowiązany jest Ubezpieczający, również wtedy gdy ubezpieczenie zostało zawarte na cudzy rachunek.
6. W ubezpieczeniu na sumy zmienne, na początku okresu ubezpieczenia Ubezpieczający uiszcza składkę zaliczkową w wysokości nie mniejszej niż 50% składki naliczonej od zadeklarowanej zgodnie z § 11 ust. 10. sumy ubezpieczenia. Składka ta zostanie rozliczona po zakończeniu okresu ubezpieczenia na podstawie średniej arytmetycznej wartości stanów zapasów z okresu ubezpieczenia. W tym celu Ubezpieczający obowiązany jest przedłożyć WARCIE najpóźniej w terminie 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia wartości stanów zapasów z ostatniego dnia każdego miesiąca.
   Gdy składka wyliczona zgodnie z postanowieniem powyżej przewyższa składkę zaliczkową Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić brakującą cześć składki w terminie 7 dni od daty otrzymania faktury. Jeżeli wyliczona składka nie przewyższa składki zaliczkowej składką należną od Ubezpieczającego jest składka zaliczkowa. W przypadku niedostarczenia powyższych danych WARTA wystawi fakturę zgodnie z którą Ubezpieczający obowiązany jest opłacić różnicę pomiędzy składką zaliczkową a składką wyliczoną na podstawie sumy ubezpieczenia określonej przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie.
7. Odstąpienie, rozwiązanie, wygaśnięcie lub wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od opłacenia składki za okres, w którym WARTA ponosiła odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość należnej do zwrotu składki WARTA oblicza proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Ustalenie szkody i wysokości odszkodowania
§ 15

1. Za wysokość szkody powstałej w mieniu przyjmuje się koszty niezbędne do przywrócenia stanu mienia przed powstaniem szkody z uwzględnieniem zasad, na jakich została ustalona suma ubezpieczenia.
2. Za wysokość szkody przyjmuje się:
    1) w budynkach i budowlach koszt odbudowy lub remontu:
        a) w pełnej wysokości w przypadku gdy suma ubezpieczenia ustalona została w oparciu o wartość odtworzeniową lub wartość ewidencyjną brutto (księgową wartość początkową środków trwałych),
        b) z potrąceniem zużycia technicznego w przypadku gdy suma ubezpieczenia ustalona została w oparciu o wartość rzeczywistą.
        potwierdzony rachunkiem wykonawcy (lub kosztorysem, o ile WARTA uzna kosztorys za wystarczający do ustalenia wysokości szkody),
    2) w budynkach w budowie – koszt odbudowy lub remontu do wysokości kosztów poniesionych do dnia powstania szkody,
    3) w maszynach, urządzeniach, wyposażeniu, stacjonarnym i przenośnym sprzęcie elektronicznym przyjmując koszt naprawy lub cenę nabycia przedmiotu tego samego rodzaju, typu, modelu i o tych samych lub zbliżonych parametrach, z uwzględnieniem kosztu transportu i montażu:
        a) w pełnej wysokości w przypadku gdy suma ubezpieczenia ustalona została w oparciu o wartość odtworzeniową lub wartość ewidencyjną brutto (księgową wartość początkową środków trwałych),
        b) z potrąceniem zużycia technicznego w przypadku gdy suma ubezpieczenia ustalona została w oparciu o wartość rzeczywistą,
    4) w środkach obrotowych – cenę nabycia lub koszt wytworzenia, nie więcej niż wartość rynkowa,
    5) w rzeczach ruchomych przyjętych do sprzedaży – wartość podaną w dowodzie przyjęcia pomniejszona o prowizję komisową, nie więcej niż wartość rynkowa,
    6) w rzeczach ruchomych przyjętych w celu wykonania usługi – koszt naprawy uszkodzonego mienia, względnie wartość przedmiotu określoną w dowodzie przyjęcia, powiększoną o udowodnioną wartość poniesionych nakładów, nie więcej niż wartość rynkowa,
    7) w nakładach inwestycyjnych – koszt naprawy lub odbudowy uszkodzonego przedmiotu z uwzględnieniem dotychczasowych wymiarów, konstrukcji, materiałów, potwierdzony fakturą wykonawcy (lub kosztorysem, o ile WARTA uzna kosztorys za wystarczający do ustalenia wysokości szkody),
    8) w gotówce – wartość nominalną,
    9) w wartościach pieniężnych:
        a) w czekach – kwoty wykazane na czekach, w akcjach – wartość księgowa przypadająca na 1 akcję na dzień sporządzania bilansu za okres obrachunkowy poprzedzający wystąpienie szkody, w obligacjach – wartość nominalna plus należne oprocentowanie,
        b) w złocie, srebrze, platynie, kamieniach szlachetnych i półszlachetnych, perłach i wyrobach z nich wykonanych – koszt ich zakupu lub wytworzenia, nie więcej niż wartość rynkowa,
    10) w dziełach sztuki, przedmiotach o charakterze zabytkowym lub unikatowym, eksponatach – wartość określoną przez rzeczoznawcę, wartość rynkową lub cenę zakupu,
    11) w niskocennych składnikach mienia – cenę zakupu takiego samego lub najbardziej zbliżonego parametrami składnika mienia,
    12) w mieniu prywatnym pracowników – wartość rzeczywistą, nie więcej niż 1.500 złotych na pracownika,
    13) w dokumentach, planach, modelach i wzorcach – koszt materiału oraz robocizny.
3. Za koszty odbudowy lub remontu budynków i budowli przyjmuje się koszty robót budowlano – instalacyjnych z uwzględnieniem nakładów na opracowanie dokumentacji projektowej i nadzoru nad budową, wyliczone zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalania cen na podstawie katalogów nakładów rzeczowych i katalogów nakładów pracy oraz publikowanymi cenami średnimi obowiązującymi na danym terenie, potwierdzone rachunkami wykonawcy lub kosztorysem.
4. W przypadku rozliczania szkody w walucie obcej, do określenia jej wysokości stosuje się średni kurs NBP z dnia powstania szkody.
5. Wysokość odszkodowania będzie odpowiadać wysokości udokumentowanej szkody w mieniu skorygowanej następująco:
    1) od ustalonej wysokości szkody potrąca się wartość mienia, które nadaje się jeszcze do dalszego użytku, sprzedaży, przeróbki lub odbudowy,
    2) do wysokości szkody dolicza się poniesione w granicach sumy ubezpieczenia koszty zabezpieczenia zagrożonego mienia przed szkodą, koszty związane z ratowaniem dotkniętego szkodą mienia oraz koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie, o których mowa w § 5 ust. 3. pkt. 2),
    3) od tak wyliczonej kwoty potrąca się wysokość franszyzy redukcyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia.
6. W przypadku gdy Ubezpieczający odstąpił od odbudowy lub naprawy ubezpieczonego w wartości ewidencyjnej brutto lub wartości odtworzeniowej mienia szkoda zostanie wyliczona według zasady przyjętej dla ubezpieczenia w wartości rzeczywistej.
7. WARTA może zmniejszyć odszkodowanie o procent udzielonej zniżki za zabezpieczenia, w przypadku, gdy z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego nie zadziałały one w momencie zajścia zdarzenia, a miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody.
8. Jeżeli suma ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczonego na sumy stałe lub sumy zmienne jest niższa od jego wartości w dniu powstania szkody (niedoubezpieczenie), wysokość

odszkodowania ustalonego wg zasad określonych w ust. 1.-7. niniejszego paragrafu ulega zmniejszeniu w proporcji w jakiej suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości w dniu powstania szkody.

9. Zmniejszenia odszkodowania ze względu na niedoubezpieczenie nie stosuje się w wymienionych poniżej przypadkach:
   1) jeżeli wartość przedmiotu ubezpieczenia w dniu szkody nie przekroczy 120% sumy ubezpieczenia tego przedmiotu,
   2) dla szkód nie przekraczających 5.000 złotych,
   3) dla szkód których koszt naprawy ustalony według przeciętnych cen towarów i usług jest większy niż suma ubezpieczenia mienia będącego przedmiotem szkody.

Wypłata odszkodowania
§16

1. Odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia szkody.
2. Jeżeli w terminie ustalonym w ust. 1. nie jest możliwe wyjaśnienie okoliczności niezbędnych dla ustalenia odpowiedzialności WARTY albo wysokości odszkodowania, odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporna część odszkodowania wypłacana jest w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia szkody.

Wymogi dotyczące przedmiotu ubezpieczenia i zabezpieczenie mienia
§17

1. Budynki, budowle, wolno stojące urządzenia techniczne i technologiczne oraz zbiorniki poza budynkami winny być posadowione i wykonane zgodnie z wymogami prawa budowlanego i przepisami branżowymi, a ich eksploatacja powinna odbywać się w oparciu o pozwolenie na użytkowanie wydane przez właściwy organ nadzoru budowlanego, stosownie do aktualnego przeznaczenia, o ile jest to wymagane przepisami prawa.
2. Obiekty budowlane, związane z nimi instalacje (np.: elektryczne, gazowe, wodne, grzewcze, wentylacyjne, spalinowe itd.) oraz urządzenia techniczne poddawane powinny być okresowym przeglądom stanu technicznego i czynnościom konserwacyjnym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa, normach technicznych lub według wskazań producenta.
3. Poziom i zakres zastosowanych rozwiązań organizacyjnych w zakresie ochrony przeciwpożarowej oraz dobór technicznych zabezpieczeń przeciwpożarowych dostosowany winien być do sposobu użytkowania obiektu określonych wymogami prawa.
4. O ile nie umówiono się inaczej, warunkiem przyjęcia mienia do ubezpieczenia jest posiadanie zabezpieczeń spełniających minimalne wymagania według kryteriów WARTY.

Zabezpieczenia przeciwpożarowe
spełniające minimalne wymagania WARTY

Poniżej podano minimalne wymagania ppoż. (z zastrzeżeniem wymagań określonych w ustępie 1. i 2.) wymagane przez WARTĘ, w zależności od rodzaju działalności:

Dla działalności produkcyjnej

Uważa się, że zabezpieczenia przeciwpożarowe spełniają minimalne wymagania, jeżeli:

1) Obiekty budowlane są wyposażone w instalacje elektryczne i odgromowe dostosowane do poziomu występującego zagrożenia i są regularnie badane zgodnie z obowiązującymi przepisami, co jest potwierdzone stosownymi protokółami.
2) Urządzenia techniczne i technologiczne, zbiorniki są poddawane okresowym przeglądom stanu technicznego i czynnościom konserwacyjnym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa, Polskich Normach, normach branżowych, w dokumentacji techniczno-ruchowej oraz instrukcjach obsługi.
3) Czynności związane z wytwarzaniem, przetwarzaniem, obróbką, transportem lub składowaniem materiałów stwarzających zagrożenie pożarowe wykonywane są zgodnie z warunkami ochrony przeciwpożarowej określonymi w instrukcji bezpieczeństwa pożarowego, stanowiskowych instrukcjach pracy lub według wskazań ich producenta.
4) Obiekty wyposażono w gaśnice, hydranty oraz inne urządzenia przeciwpożarowe zgodnie z obowiązującymi normatywami, sprzęt i urządzenia poddawane są okresowej konserwacji i przeglądom stanu technicznego potwierdzających ich sprawność, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej jednak niż raz w roku.
5) Ilość materiałów niebezpiecznych pożarowo poniżej) na stanowisku pracy nie przekracza dobowego zapotrzebowania, lub dobowej produkcji.
   Za materiały niebezpieczne pożarowo uważa się gazy, ciecze i materiały stałe, które ze względu na swoje właściwości stwarzają zagrożenie wybuchem lub szybkim rozwojem pożaru:
   a) gazy palne,
   b) ciecze palne o temperaturze zapłonu poniżej 55°C,
   c) materiały wytwarzające w zetknięciu z wodą gazy palne,
   d) materiały zapalające się samorzutnie na powietrzu,
   e) materiały wybuchowe i pirotechniczne,
   f) materiały ulegające samorzutnemu rozkładowi lub polimeryzacji,
   g) materiały mające skłonności do samozapalenia.
6) Zapas materiałów niebezpiecznych pożarowo przekraczający wielkości określone w pkt. 5) jest przechowywany w miejscu wydzielonym i przystosowanym do tego celu.
7) Minimalna odległość od urządzeń i instalacji, których powierzchnie mogą się nagrzewać do temp. przekraczającej 100°C (w tym punktów oświetleniowych, instalacji grzewczych, innych) oraz linii kablowych o napięciu 1 kV i wyższym, przewodów uziemiających, przewodów odprowadzających instalacji odgromowych, rozdzielnic prądu elektrycznego, wynosi co najmniej 0,5 m.
8) Uzyskano pozwolenie na użytkowanie obiektów wydane przez właściwy organ nadzoru budowlanego stosownie do aktualnego przeznaczenia.

Dla przeładunku, magazynowania i przechowywania towarów

Uważa się, że zabezpieczenia przeciwpożarowe spełniają minimalne wymagania, jeżeli:

1) Obiekty budowlane są wyposażone w instalacje elektryczne i odgromowe dostosowane do poziomu występującego zagrożenia i są regularnie badane zgodnie z obowiązującymi przepisami, co jest potwierdzone stosownymi protokółami.
2) Urządzenia techniczne i technologiczne, zbiorniki są poddawane okresowym przeglądom stanu technicznego i czynnościom konserwacyjnym zgodnie z zasadami określonymi w przepisach prawa, Polskich Normach, normach branżowych, w dokumentacji techniczno-ruchowej oraz instrukcjach obsługi.
3) Czynności związane z transportem lub składowaniem materiałów stwarzających zagrożenie pożarowe wykonywane są zgodnie z warunkami ochrony przeciwpożarowej określonymi w instrukcji bezpieczeństwa pożarowego lub według wskazań ich producenta.
4) Drogi oraz wyjścia ewakuacyjne, zapewniają szybkie i bezpieczne opuszczenie strefy zagrożonej lub objętej pożarem i są należycie oznakowane.
5) Obiekty wyposażono w gaśnice, hydranty oraz inne urządzenia przeciwpożarowe zgodnie z obowiązującymi normatywami, sprzęt i urządzenia poddawane są okresowej konserwacji i przeglądom stanu technicznego potwierdzających ich sprawność, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej jednak niż raz w roku.
6) Materiały niebezpieczne pożarowo przechowywane są w miejscu wydzielonym i przystosowanym do celu.
7) Minimalna odległość od urządzeń i instalacji, których powierzchnie mogą się nagrzewać do temp. przekraczającej 100°C (w tym punktów oświetleniowych, instalacji grzewczych, innych) oraz linii kablowych o napięciu 1 kV i wyższym, przewodów uziemiających, przewodów odprowadzających instalacji odgromowych, rozdzielnic prądu elektrycznego, wynosi co najmniej 0,5 m.
8) Teren, obiekty budowlane oraz składy magazynowe są dozorowane, a dostęp kontrolowany.
9) Uzyskano pozwolenie na użytkowanie obiektów wydane przez właściwy organ nadzoru budowlanego stosownie do aktualnego przeznaczenia.

Dla działalności poza produkcją, przeładunkiem,
magazynowaniem i przechowywaniem towarów

Uważa się, że zabezpieczenia przeciwpożarowe spełniają minimalne wymagania, jeżeli:

1) Obiekty budowlane są wyposażone w instalacje elektryczne i odgromowe dostosowane do poziomu występującego zagrożenia i są regularnie badane zgodnie z obowiązującymi przepisami, co jest potwierdzone stosownymi protokółami.
2) Drogi oraz wyjścia ewakuacyjne, zapewniają szybkie i bezpieczne opuszczenie strefy zagrożonej lub objętej pożarem i są należycie oznakowane.
3) Obiekty wyposażono w gaśnice, hydranty oraz inne urządzenia przeciwpożarowe zgodnie z obowiązującymi normatywami, sprzęt i urządzenia poddawane są okresowej konserwacji i przeglądom stanu technicznego potwierdzających ich sprawność, zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej jednak niż raz w roku.
4) Minimalna odległość od urządzeń i instalacji, których powierzchnie mogą się nagrzewać do temp. przekraczającej 100°C (w tym punktów oświetleniowych, instalacji grzewczych, innych) oraz linii kablowych o napięciu 1 kV i wyższym, przewodów uziemiających, przewodów odprowadzających instalacji odgromowych, rozdzielnic prądu elektrycznego, wynosi co najmniej 0,5 m.

Zabezpieczenia przeciw-kradzieżowe
spełniające minimalne wymagania WARTY

5. Obiekty budowlane, w których znajduje się ubezpieczane mienie powinny posiadać ściany, stropy, podłogi i dachy wykonane są z materiałów oraz według technologii odpowiadającej wymaganiom wynikającym z przeznaczenia i usytuowania obiektu oraz nie posiadają niezabezpieczonych otworów, które umożliwiają dostęp do ubezpieczonego mienia bez użycia siły lub narzędzi.
6. Wszystkie drzwi zewnętrzne prowadzące do obiektu, w którym znajduje się ubezpieczone mienie powinny być w należytym stanie technicznym oraz tak skonstruowane, osadzone i zamknięte, aby nie było możliwe ich wyłamanie lub wyważenie bez użycia siły lub narzędzi, a otwarcie bez użycia podrobionych lub dopasowanych kluczy.
7. Drzwi zewnętrzne prowadzące do obiektu powinny być zamykane na:
   a) minimum dwa zamki lub dwie kłódki umieszczone na oddzielnych skoblach lub
   b) jeden zamek wielopunktowego ryglowania lub
   c) pojedynczy zamek lub kłódkę, gdy ustanowiono stały dozór lub zainstalowano urządzenie alarmowe.
8. Jeżeli drzwi zewnętrzne do budynku lub w jego wydzielonej części, w którym znajduje się ubezpieczone mienie nie są zabezpieczone zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 6.-7., wówczas wymagania dotyczące drzwi zewnętrznych odnoszą się do drzwi wewnętrznych prowadzących do pomieszczeń z ww. mieniem.
9. Wszystkie okna i inne przeszklone otwory zewnętrzne, kraty, rolety, żaluzje i ich ościeżnice powinny być w należytym stanie technicznym, właściwie wykonane i osadzone zgodnie z instrukcją producenta oraz zamknięte, aby wejście do lokalu nie było możliwe bez pozostawienia śladów użycia siły lub narzędzi.
10. Okna, oszklone drzwi i inne zewnętrzne otwory w lokalach znajdujących się w piwnicach, suterenach i parterach, a także w lokalach znajdujących się na wyższych kondygnacjach, do których jest dostęp z położonych nad nimi lub obok nich przybudówek, balkonów, tarasów i dachów, jak również zewnętrzne otwory na strychach i w piwnicach, z których jest przejście do dalszych pomieszczeń, powinny być na całej powierzchni zabezpieczone kratami stałymi lub ruchomymi, roletami bądź żaluzjami przeciwwłamaniowymi, okiennicami stalowymi, szybami o zwiększonej odporności na włamanie (co najmniej klasy P3/P3A); ruchome zabezpieczenia powinny być zamykane na co najmniej jeden zamek lub kłódkę.
11. Postanowienia w części dotyczącej dodatkowego zabezpieczenia okien, oszklonych drzwi i innych zewnętrznych otworów nie mają zastosowania:
    1) w budynkach lub pomieszczeniach w których ustanowiono stały dozór,
    2) gdy ubezpieczony budynek, jego wydzielona część lub pomieszczenia, w których znajduje się ubezpieczone mienie zaopatrzone są w czynne i należycie konserwowane urządzenia alarmowe tzn.:
       a) elektroniczne urządzenia antywłamaniowe wywołujące alarm w miejscu ubezpieczenia lub
       b) elektroniczne urządzenia antywłamaniowe przekazujące sygnał do centrum monitorującego za pośrednictwem układu transmisji alarmu, z możliwością niezwłocznego podjęcia interwencji przez służbę ochrony lub zadysponowania odpowiednich służb interwencyjnych.
12. Klucze do obiektów/lokali i schowków objętych ubezpieczeniem powinny być przechowywane w sposób chroniący je przed kradzieżą i uniemożliwiający dostęp do nich osobom nieuprawnionym; w razie zagubienia lub zaginięcia kluczy (także kluczy zapasowych) Ubezpieczający, po powzięciu o tym informacji, zobowiązany jest niezwłocznie dokonać wymiany zamknięcia.
13. Gotówka i wartości pieniężne powinny być przechowywane w urządzeniach i pomieszczniach należycie zabezpieczonych oraz spełniających wymagane prawem normy odporności na włamanie, stosownie do reprezentowanej wartości.

Klasa odporności na włamanie	Odpowiedzialność WARTY do kwoty w jednostkach obliczeniowych „j. o.”
I	do 0,5
II	do 1,5
III	do 3,0
IV	do 5,0
V	do 8,0
VI	do 12,0
VII	do 16,0
VIII	do 20,0
IX	do 30,0
X	do 40,0
XI	do 60,0

14. W odniesieniu do pomieszczeń i urządzeń o określonych klasach odporności na włamanie chronionych systemem alarmowym klasy co najmniej SA3 zgodnie Polską Normą odpowiedzialność TUiR WARTA za szkodę w wyniku kradzieży z włamaniem wynosi odpowiednio:
    klasa I – 1,3 j.o.
    klasa II – 3 j.o.
    klasa III – 6 j.o
    klasa IV – 10 j.o.
    klasa V – 15 j.o.
    klasa VI – 20 j.o.
    klasa VII – 30 j.o.
    klasa VIII – 40 j.o.
    klasa IX – 60 j.o.
    klasa X – 100 j.o.
    klasa XI – bez ograniczenia
    klasa XII – bez ograniczenia
    klasa XIII – bez ograniczenia.

15. W przypadku braku możliwości określenia klasy odporności na włamanie pomieszczenia lub urządzenia, odpowiedzialność WARTY za kradzież z włamaniem gotówki i wartości pieniężnych ograniczona jest do 0,3 jednostki obliczeniowej.
16. Urządzenia do przechowywania gotówki i wartości pieniężnych winny być trwale przymocowane do elementów konstrukcyjnych (podłoża lub ściany) pomieszczenia, w którym się znajdują. Powyższy o ciężarze 300 kg i wyższym.
17. W
    a) do 5 000 złotych, jeżeli urządzenia te nie są przymocowane do elementów konstrukcyjnych pomieszczenia, w którym się znajdują,
    b) do 10 000 złotych, jeżeli urządzenia te są przymocowane do elementów konstrukcyjnych pomieszczenia, w którym się znajdują.
18. Przy ubezpieczeniu materiałów i wyrobów przechowywanych na wolnym powietrzu za należycie zabezpieczony uważa się skład zlokalizowany na terenie wydzielonym, ogrodzonym i oświetlonym w porze nocnej oraz objęty stałym dozorem.
19. Pojazdy samochodowe, maszyny samobieżne stanowiące środki obrotowe lub rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usługi, powinny być przechowywane na ogrodzonych, zamkniętych i oświetlonych w porze nocnej placach objętych stałym dozorem; drzwi pojazdów powinny być zamknięte na zamki fabryczne lub w inny sposób uniemożliwiający dostęp osób postronnych, kluczyki do zamków i stacyjek zapłonowych winny być zdeponowane w pomieszczeniu/schowku w sposób chroniący je przed kradzieżą i dostępem osób nieuprawnionych.
20. Maszyny i sprzęt budowlano-montażowy przechowywany powinien być na ogrodzonych, zamkniętych i oświetlonych w porze nocnej placach składowych pod stałym dozorem.
21. Postanowienia dotyczące wymaganych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych mają zastosowanie tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie określonym w § 5 ust. 2. pkt 2).
22. Na podstawie oceny ryzyka WARTA może określić indywidualne dla danego podmiotu minimalne warunki zabezpieczenia mienia.

Obniżenie składki
§ 18

1. Na wysokość zastosowanej zniżki w składce z tytułu ubezpieczenia mienia ma wpływ sposób zabezpieczenia mienia.
2. Podstawę dla uzyskania zniżki w składce stanowi posiadanie, ponad minimum zabezpieczeń określonych w § 17, niżej wymienionych zabezpieczeń przeciwpożarowych:
    a) zakładowej formacji ratowniczej działającej na terenie ubezpieczonego podmiotu, której wyposażenie i poziom wyszkolenia gwarantuje samodzielne podjęcie działań ratowniczo-gaśniczych,
    b) instalacji sygnalizacyjno-alarmowej wywołującej alarm w miejscu nadzorowanym całodobowo, z możliwością natychmiastowego powiadomienia jednostek straży pożarnej,
    c) stałych/półstałych urządzeń gaśniczych (wodnych, pianowych, parowych, gazowych itd.),
    d) instalacji ciągłej detekcji stanu gazów i par mogących tworzyć zagrożenie wybuchem,
    e) samoczynnych instalacji przeciwwybuchowych.
3. Wielkość zniżki określa się na podstawie oceny rodzaju zabezpieczeń i obszaru objętego ochroną przez zastosowane zabezpieczenia.

Konsekwencje niewłaściwej ochrony
§ 19

1. Nie zapewnienie przez Ubezpieczającego ochrony mienia w sposób opisany w § 17 może stanowić dla WARTY podstawę do odmowy przyjęcia mienia do ubezpieczenia, odmowy wypłaty odszkodowania lub zmniejszenia kwoty odszkodowania.
   Jeżeli ubezpieczenie zostało zawarte na podstawie podanych przez Ubezpieczającego lub jego przedstawiciela umyślnie nieprawdziwych danych WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkodę.
2. W przypadku gdy udzielona została zniżka w składce za zastosowanie urządzeń zabezpieczających wymienionych w § 18, które nie zadziałały z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, WARTA może zmniejszyć odszkodowanie o procent udzielonej zniżki.

Prawa i obowiązki stron umowy
§ 20

1. Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, a w szczególności przepisów prawa budowlanego, prawa pracy, ochrony przeciwpożarowej, szczegółowych zasad i wymagań jakim powinna odpowiadać ochrona wartości pieniężnych przechowywanych i transportowanych, ochrony środowiska, norm dotyczących budowy i eksploatacji maszyn i urządzeń technicznych.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych, ewidencji ubezpieczonego mienia zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić przedstawicielom WARTY dokonanie lustracji ubezpieczonego mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
   WARTA zastrzega sobie prawo do dokonywania ponownej lustracji po zawarciu umowy ubezpieczenia, o ile uzna to za wskazane.
4. Ubezpieczający obowiązany jest poinformować WARTĘ o każdej zmianie okoliczności, o które WARTA pytała we wniosku o ubezpieczenie lub w innej formie pisemnej oraz w odniesieniu do normalnych warunków prowadzenia działalności, jakimi są np. zmiana procesów technologicznych, prowadzenie prac modernizacyjnych, remontowych powstałych w czasie trwania umowy ubezpieczenia, mających wpływ na ocenę przyjętego ubezpieczenia, zwiększenie prawdopodobieństwa powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązku określonego w ust. 4. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do nie dopełnienia obowiązku doszło z winy umyślnej WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkodę.
6. W razie zdarzenia losowego mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody w ubezpieczonym mieniu, Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych środków w celu ratowania mienia lub zapobieżenia szkodzie a w przypadku powstania szkody dążyć do zmniejszenia jej rozmiarów samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb.
7. Jeżeli Ubezpieczający z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 6. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
8. O powstaniu szkody Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić jednostkę terytorialną WARTY, z którą zawarł umowę ubezpieczenia. Uważa się, że wymóg ten jest spełniony, gdy Ubezpieczający dokona zgłoszenia szkody w ciągu 2 dni roboczych od jej powstania lub od dnia, w którym dowiedział się o szkodzie.
9. Przed podjęciem przez WARTĘ czynności likwidacyjnych, Ubezpieczający nie może zmieniać stanu spowodowanego zdarzeniem losowym, chyba że zmiany te były niezbędne dla ratowania mienia lub zmniejszenia rozmiarów szkody albo, jeżeli dokonanie tych zmian w danych okolicznościach było konieczne.
   WARTA nie może powoływać się na ten zakaz, jeżeli nie rozpoczęło czynności likwidacyjnych w ciągu 5 dni roboczych od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu szkody.
10. Ubezpieczający obowiązany jest zezwolić WARCIE na dokonanie czynności niezbędnych dla ustalenia okoliczności powstania szkody i wysokości odszkodowania, jak również udzielić WARCIE potrzebnych wyjaśnień oraz przedstawić dowody, w tym księgowe, których odpowiednio do stanu rzeczy zażąda WARTA. Ubezpieczający obowiązany jest również sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów dowodowych i na własny koszt, obliczenie poniesionych strat, tzw. rachunek strat.
11. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek postanowienie niniejszego paragrafu stosuje się również do Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu ubezpieczenia na jego rachunek.
12. W przypadku nie wywiązywania się przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z obowiązków określonych w ust. 8.-11., WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
13. Jeżeli Ubezpieczający odzyskał mienie będące przedmiotem szkody w stanie niezmienionym, WARTA wolna jest od obowiązku wypłaty odszkodowania, a w przypadku gdy odszkodowanie zostało wypłacone, Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zwrócić Warcie wypłaconą kwotę. W razie odzyskania przedmiotów w stanie uszkodzonym lub niekompletnym, zwrotowi podlega kwota odpowiadająca wartości mienia w dniu odzyskania, pomniejszona o koszty odzyskania mienia poniesione przez Ubezpieczającego.

Roszczenia regresowe
§ 21

1. Z dniem wypłaty odszkodowania, roszczenie Ubezpieczającego do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na WARTĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli WARTA pokryła tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń przed roszczeniami regresowymi WARTY.
2. Ubezpieczający na wniosek WARTY zobowiązany jest przekazać posiadane przez siebie dokumenty i informacje, niezbędne do skutecznego dochodzenia przez WARTĘ roszczeń regresowych.

Powołanie rzeczoznawcy
§ 22

1. Zarówno WARTA jak i Ubezpieczający mogą powoływać na własny koszt rzeczoznawców do wyliczenia sumy ubezpieczenia, przyczyny, zakresu lub rozmiaru i wysokości szkody.
2. W przypadku dwu odmiennych opinii strony mogą wyznaczyć wspólnie neutralnego rzeczoznawcę, którego ekspertyza będzie ostateczna i przyjęta przez obie strony. Koszty powołania wspólnego eksperta Ubezpieczający i WARTA poniosą w równych częściach.

Zawiadomienia i oświadczenia
§ 23

1. Zawiadomienia i oświadczenia związane z umową ubezpieczenia Ubezpieczający i WARTA obowiązani są składać na piśmie za pokwitowaniem odbioru lub przesyłać listem poleconym na adres jednostki terytorialnej WARTY, na terenie której zawarto umowę ubezpieczenia/adres siedziby Ubezpieczającego.
2. Jeżeli którakolwiek ze stron zmieniła adres siedziby i nie zawiadomiła o tym drugiej strony skierowane na ostatni znany adres pismo wywiera skutki prawne od chwili, w której doszłoby, gdyby strona nie zmieniła siedziby.

Postanowienia końcowe
§ 24

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia odbiegające od ustalonych w niniejszych OWU. Zmiany do umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Prawa działalności gospodarczej, Ustawy o rachunkowości oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
3. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
    1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
    2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
    3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
    4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   Na wniosek klienta WARTA potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
   Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
   WARTA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego z umowy z ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Niniejsze OWU w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 marca 2016 roku.

Wiceprezes Zarządu
Krzysztof KUDELSKI

Prezes Zarządu
Jarosław PARKOT

RYZYKA DODATKOWE

Maszyny elektryczne od szkód elektrycznych
§ 25

1. W ramach niniejszego ubezpieczenia WARTA odpowiada za szkody elektryczne w czynnych maszynach i aparatach elektrycznych w § 2 ust. 34., z zastrzeżeniem, że maszyny są zainstalowane na stanowiskach pracy, eksploatowane zgodnie z przeznaczeniem i zabezpieczone zgodnie z wymogami eksploatacji, wg postanowień norm.
2. WARTA nie odpowiada za szkody powstałe:
   1) w elektroenergetycznych liniach przesyłowych i rozdzielczych obejmujących zespół urządzeń połączonych ze sobą mechanicznie i elektrycznie – przewody, słupy linii napowietrznej, złącza; wyłączenie to obejmuje wszelkie linie elektryczne i teletechniczne zarówno nadziemne jak i podziemne,
   2) w okresie gwarancyjnym, za które gwarant odpowiedzialny jest ustawowo lub umownie,
   3) w okresie napraw i prób,
   4) w maszynach, w których nie prowadzono potwierdzonych protokołem badań eksploatacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami o eksploatacji maszyn elektrycznych, jeżeli niedopełnienie obowiązku badań było przyczyną szkody lub spowodowało zwiększenie rozmiaru szkody,
   5) wskutek przyczyny mechanicznej,
   6) wskutek wad i usterek ujawnionych przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
   7) w wyniku naturalnego zużycia lub długotrwałej degradacji właściwości użytkowych maszyn i aparatów elektrycznych,
   8) wskutek przepięć impulsowych spowodowanych przełączeniem aparatury dużej mocy lub aparatury rozdzielczej w rozdzielniach,
   9) we wszelkiego rodzaju miernikach, licznikach, bezpiecznikach, stycznikach, odgromnikach.
3. W ramach ustalonego przez Ubezpieczającego limitu odpowiedzialności WARTA pokrywa wszystkie szkody powstałe w ramach jednego zdarzenia.
4. Limit odpowiedzialności ustala Ubezpieczający kierując się wysokością przewidywanej maksymalnej szkody w okresie ubezpieczenia.
5. Składka za ubezpieczenie wyliczana jest w oparciu o:
   1) moc znamionową zainstalowanych urządzeń:
      a) dla elektrowni i elektrociepłowni – maszyn elektrycznych, służących do przetwarzania energii elektrycznej wyrażoną w kilowatach (kW),
      b) dla zakładów energetycznych – maszyn elektrycznych, służących do przetwarzania energii elektrycznej wyrażoną w kilovatoamperach (KVA),
      c) dla innych jednostek – maszyn elektrycznych (odbiorników) wyrażona w kilowatach (kW), a dla jednostek, które posiadają własne elektrownie przemysłowe – maszyn elektrycznych, służących do wytwarzania energii elektrycznej wyrażoną w kW
   2) i wysokości limitu odpowiedzialności.
6. Za wysokość szkody przyjmuje się:
   1) koszt zakupu nowej maszyny elektrycznej lub aparatu tego samego rodzaju, mocy, typu z uwzględnieniem stopnia faktycznego zużycia, lub
   2) koszt naprawy zwiększony o koszt transportu, demontażu i montażu potwierdzony rachunkiem wykonawcy lub na podstawie kalkulacji sporządzonej przez Ubezpieczającego jeżeli naprawy dokonano we własnym zakresie, w cenach obowiązujących w dniu powstania szkody. Koszty naprawy nie mogą przekraczać kosztów, o których mowa w pkt 1).
7. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody według cen z dnia jej powstania.
8. Ustalone odszkodowanie pomniejsza się o franszyzę redukcyjną w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia jako:
   1) 10% ustalonego odszkodowania nie mniej niż 500 złotych, lub
   2) 1% ustalonego odszkodowania z zastrzeżeniem, że za szkody w silnikach o mocy do 10 kW WARTA nie odpowiada.
9. W pozostałym zakresie stosuje się postanowienia OWU mienia od zdarzeń losowych.

Stłuczenie i uszkodzenie szyb i innych przedmiotów
§ 26

1. W ramach niniejszego ubezpieczenia WARTA odpowiada za szkody powstałe wskutek stłuczenia (rozbicia) oraz pęknięcia ubezpieczonych przedmiotów.
2. Umową ubezpieczenia mogą być objęte nieuszkodzone szyby i inne przedmioty zamontowane lub zainstalowane na stałe, będące częścią urządzeń lub wyposażeniem budynków oraz lokali, stanowiących własność Ubezpieczającego lub znajdujących się w jego posiadaniu, w miejscu określonym w umowie ubezpieczenia, a mianowicie:
   1) oszklenie ścian i dachów,
   2) szyby okienne i drzwiowe,
   3) płyty szklane stanowiące składową część mebli, gablot reklamowych, kontuarów, stołów i lad sprzedażnych,
   4) przegrody ścienne, osłony kontuarów, boksów, kabin,
   5) lustra stojące zamontowane na stałe, wiszące,
   6) szyldy i transparenty,
   7) witraże,
   8) rurki neonowe, tablice świetlne,
   9) wykładziny szklane i kamienne z wyłączeniem wykładzin podłogowych,
   10) tablice reklamowe usytuowane przy trasach komunikacyjnych.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje szkła artystycznego, szyb w szklarniach i inspektach, jak również wartości zabytkowej witraży.
4. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody:
   1) nie przekraczające 100 złotych,
   2) powstałe w oszkleniach stanowiących osprzęt urządzeń technicznych i instalacji, w szybach pojazdów i środków transportu,
   3) powstałe wskutek zadrapania, porysowania, poplamienia, zmiany barwy,
   4) polegające na odpryśnięciu kawałków powierzchni ubezpieczonych przedmiotów,
   5) będące następstwem niewłaściwego działania urządzeń neonowych,
   6) wynikłe ze złego montażu i niewłaściwej technologii wykonania,
   7) powstałe przy wymianie lub wymontowywaniu ubezpieczonego przedmiotu, w czasie prac remontowych w miejscu ubezpieczenia.
5. Ubezpieczenie zawiera się w systemie na pierwsze ryzyko.
6. Sumę ubezpieczenia na pierwsze ryzyko ustala Ubezpieczający oddzielnie dla:
   1) oszkleń w budynkach tzn.: ścian i dachów, szyb okiennych i drzwiowych,
   2) oszkleń reklamowych, szyldów, transparentów, gablot reklamowych,
   3) wykładzin kamiennych,
   4) rurek neonowych, tablic świetlnych,
   5) innych przedmiotów szklanych: płyt szklanych stanowiących składową cześć mebli, kontuarów, stołów i lad sprzedażnych, przegród ściennych, osłon kontuarów, boksów, kabin, luster stojących zamontowanych na stałe, wiszących, witraży, wykładzin szklanych,
   6) tablic reklamowych usytuowanych przy trasach komunikacyjnych,
   7) kosztów ustawienia rusztowań.
7. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów mienia, wymienionych w ust. 6. oraz kosztów ustawienia i rozebrania rusztowań stanowi granicę odpowiedzialności WARTY, za wszystkie szkody powstałe w tym przedmiocie w okresie ubezpieczenia.
8. Wysokość szkody ustala się na podstawie kosztów zakupu lub naprawy zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia, tego samego rodzaju, gatunku, materiału i wymiarów, udokumentowanych stosownymi rachunkami wg cen obowiązujących w dniu powstania szkody.
9. Wysokość wypłaconego odszkodowania odpowiada wysokości szkody w ubezpieczonym mieniu z uwzględnieniem poniesionych przez Ubezpieczającego kosztów:
   1) demontażu i montażu,
   2) transportu,
   3) wykonania znaków reklamowych i informacyjnych,
   4) ustawienia i rozebrania rusztowań, o ile zostały one dodatkowo ubezpieczone.
10. W pozostałym zakresie stosuje się postanowienia OWU mienia od zdarzeń losowych.

Mienie od dewastacji
§ 27

1. W ramach niniejszego ubezpieczenia WARTA odpowiada za szkody w mieniu ubezpieczonym w zakresie podstawowym lub rozszerzonym zgodnie z § 5 ust. 2. pkt 1), zgłoszone do ubezpieczenia od ryzyka dewastacji, powstałe wskutek rozmyślnego zniszczenia lub uszkodzenia mienia przez osoby trzecie.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   1) uszkodzenia mienia w wyniku pomalowania, w
   2) budynków w budowie,
   3) gotówki oraz wartości pieniężnych, dokumentów, planów, modeli, wzorców,
   4) szyb i innych przedmiotów szklanych w wyniku zadrapania,
   5) stłuczenia i uszkodzenia przedmiotów, które mogą zostać ubezpieczone w ramach ubezpieczenia, o którym mowa w § 26.
3. Ubezpieczenie zawiera się w systemie na pierwsze ryzyko.
4. Wysokość szkody i odszkodowania wylicza się według zasad określonych w § 15.
5. W pozostałym zakresie stosuje się postanowienia OWU mienia od zdarzeń losowych.

ZAŁĄCZNIK NR 1
Do Ogólnych warunków ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych

Na wniosek Ubezpieczającego, za zgodą WARTY do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień niniejszych OWU mogą być wprowadzone poszczególne, określone poniżej klauzule:

Klauzula 1 – Automatycznego ubezpieczenia nowych środków trwałych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień określonych w OWU ustala się, że:

1. WARTA obejmuje automatyczną ochroną ubezpieczeniową nowo nabyte środki trwałe lub środki trwałe, których wartość wzrosła w okresie ubezpieczenia wskutek wykonanych inwestycji, z dniem przejścia na Ubezpieczającego ryzyka związanego z posiadaniem tych środków. Wartość środków trwałych objętych automatyczną ochroną nie może przekroczyć 20% łącznej sumy ubezpieczenia środków trwałych określonej w dokumencie ubezpieczenia.
2. Zwiększenie sumy ubezpieczenia ponad limit określony powyżej, Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić do WARTY bezpośrednio przed wprowadzeniu zmiany w celu akceptacji.
3. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu, o którym mowa powyżej, w razie niedopełnienia obowiązku zgłoszenia w podanym terminie. W razie przekroczenia limitu ustalonego dla potrzeb niniejszej klauzuli odpowiedzialność WARTY ograniczona jest do sumy ubezpieczenia powiększonej o ustalony limit.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić do WARTY w terminie 14 dni po zakończeniu półrocznego/kwartalnego okresu ubezpieczenia aktualną wartość środków trwałych.
5. Składka z tytułu zmiany sumy ubezpieczenia naliczana będzie przez WARTĘ półrocznie/ kwartalnie przy zastosowaniu następujących stawek:
   1) za dane półrocze/ za dany kwartał – przy zastosowaniu połowy stawki przypadającej na to półrocze/ kwartał, ustalonej w umowie ubezpieczenia,
   2) za dalszy okres ubezpieczenia – przy zastosowaniu pełnej stawki ustalonej w umowie ubezpieczenia przypadającej na to półrocze/ kwartał. Składka za udzielenie ochrony i składka za utratę ochrony zostaną rozliczone przez potrącenie, a różnica zapłacona/ zwrócona zgodnie ze stosownym aneksem do umowy ubezpieczenia.
6. W razie nieopłacenia składki we wskazanym terminie, odpowiedzialność WARTY ogranicza się do sumy, za którą została opłacona składka.
7. Okres rozliczenia składki z tytułu niniejszej klauzuli określony zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 2 – Ubezpieczenia szkód estetycznych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień określonych w OWU ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA pokrywa szkody powstałe w ubezpieczonym mieniu wskutek pomalowania, w
2. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 3 – Ubezpieczenia różnicy ceny

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień określonych w OWU ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA pokrywa różnicę pomiędzy ceną nabycia/ kosztem wytworzenia a ceną sprzedaży ubezpieczonych środków obrotowych (nie więcej niż 15% ceny nabycia/ kosztu wytworzenia), które zostały sprzedane przez Ubezpieczającego, a nie zostały odebrane przez kupującego i które uległy zniszczeniu lub uszkodzeniu wskutek zdarzenia objętego ochroną w ramach ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych.
2. Za wysokość szkody przyjmuje się cenę sprzedaży pomniejszoną o koszty zaoszczędzone z tytułu nie dokonania wysyłki (koszty transportu, opakowania).
3. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
4. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 4 – Ubezpieczenia drobnych robót budowlano-montażowych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień określonych w OWU ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA rozszerza wybrany przez Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia o szkody powstałe w związku z prowadzeniem drobnych robót budowlano-montażowych:
   1) w mieniu będącym przedmiotem ubezpieczenia do sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia,
   2) w mieniu będącym przedmiotem drobnych robót budowlano-montażowych, do limitu odpowiedzialności określonego dla niniejszej klauzuli w dokumencie ubezpieczenia, który obejmuje wartość mienia będącego przedmiotem drobnych robót oraz koszt ich wykonania w okresie ubezpieczenia,

   pod warunkiem, że:
   a) prowadzone roboty nie wymagają zgody (pozwolenia na budowę) odpowiednich organów władzy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   b) realizacja robót nie wiąże się z naruszeniem konstrukcji nośnej obiektu lub konstrukcji dachu,
   c) roboty prowadzone są przez lub na zlecenie Ubezpieczającego w obiektach oddanych do użytkowania/eksploatacji, w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia,
   d) obszar wykonywanych prac jest wydzielony i oznakowany zgodnie z obowiązującymi wymogami.
2. WARTA nie odpowiada za szkody:
   1) powstałe wskutek katastrofy budowlanej,
   2) spowodowane montażem elementów wyposażenia lub urządzeń niezgodnie z instrukcją producenta lub dostawcy,
   3) w mieniu otaczającym, które są bezpośrednim następstwem niewłaściwego zabezpieczenia i wykonania robót.
3. W przypadku, gdy łączna wartość robót w okresie ubezpieczenia przekracza limit odpowiedzialności o którym mowa w ust. 1. pkt 2) klauzuli, Ubezpieczający obowiązany jest zgłosić ten fakt do WARTY przed rozpoczęciem takich robót, a WARTA może odpowiednio podwyższyć składkę.
4. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 5 – Ubezpieczenia katastrofy budowlanej

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień określonych w OWU, ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA pokrywa szkody w ubezpieczonym mieniu powstałe w następstwie katastrofy budowlanej, przez którą rozumie się niezamierzone, nieprzewidziane,

gwałtowne zniszczenie obiektu budowlanego lub jego części w wyniku nagłej samoistnej utraty wytrzymałości jego elementów konstrukcyjnych, o którym zostały powiadomione podmioty określone w art. 75 ust. 1 Prawa budowlanego.
2. Nie jest katastrofa budowlaną:
   1) uszkodzenie elementu wbudowanego w obiekt budowlany, nadającego się do naprawy lub wymiany,
   2) uszkodzenie lub zniszczenie urządzeń budowlanych związanych z budynkami,
   3) awaria instalacji.
3. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w obiektach:
   1) których wiek, w zależności od konstrukcji nośnej , wynosi więcej niż:
      a) 50 lat – dla obiektów o konstrukcji drewnianej i stalowej,
      b) 90 lat – dla obiektów o konstrukcji murowanej i żelbetowej
   2) nie posiadających protokołu odbioru końcowego robót dokonanego przez organ nadzoru budowlanego,
   3) użytkowanych niezgodnie z przeznaczeniem,
   4) nie posiadających aktualnej „Książki obiektu budowlanego" z okresowym potwierdzeniem stanu technicznego obiektu,
   5) w których prowadzenie prac adaptacyjnych i modernizacyjnych obejmowało zmiany w elementach konstrukcyjnych i nie było wykonane na bazie stosownych dokumentacji projektowo-technicznych i wymaganych zezwoleń,
   6) wysokościowych nie posiadających aktualnie wykonanych pomiarów geodezyjnych potwierdzających poprawność posadowienia konstrukcji,
   7) wyłączonych z eksploatacji,
   8) położonych na obszarach zagrożonych występowaniem szkód górniczych, o ile szkoda powstała w wyniku prowadzenia prac i robót geologicznych, wydobywczych kopalin ze złóż lub robót podziemnych z zastosowaniem techniki górniczej lub też zawału wyrobisk górniczych (zarówno czynnych jak i wyłączonych z eksploatacji),
   9) w trakcie budowy, rozbudowy, przebudowy, odbudowy i nadbudowy oraz w mieniu znajdującym się w tych obiektach.
4. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
5. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 6 – Ubezpieczenia awarii i uszkodzeń maszyn i urządzeń.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki w odniesieniu do ubezpieczonych zainstalowanych maszyn i urządzeń, użytkowanych zgodnie z przeznaczeniem, rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody powstałe wskutek awarii i uszkodzeń.
2. Nowo zainstalowane maszyny i urządzenia mogą zostać objęte ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   a) części, które przez używanie lub swoje właściwości ulegają szybkiemu zużyciu lub na które producent nie udzielił gwarancji, a w szczególności wykładziny ogniotrwałe i antykorozyjne, powłoki ogniochronne, ruszty pieców i palenisk, dysze palników, młoty do kruszenia, przedmioty z gumy, szkła i ceramiki, pasy, łańcuchy, liny, druty,
   b) wszelkiego rodzaju materiałów eksploatacyjnych, a w szczególności olejów, smarów, paliw, katalizatorów, chłodziw oraz narzędzi wymiennych, a w szczególności matryc, form, stempli, narzędzi do obróbki skrawaniem, elektrod,
   c) szkód, za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady,
   d) szkód spowodowanych przez wady lub błędy w wykonaniu istniejące w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedział Ubezpieczający lub jego przedstawiciele,
   e) szkód będących bezpośrednim następstwem ciągłej eksploatacji, a w szczególności normalnego zużycia, kawitacji, erozji, korozji, kamienia kotłowego,
   f) szkód spowodowanych zaniechaniem obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych i remontów,
   g) szkód w maszynach i urządzeniach, których jednostkowa suma ubezpieczenia przekracza 200.000,00 zł.
4. Niniejsza klauzula ma zastosowanie wyłącznie do maszyn i urządzeń wykorzystywanych w działalności handlowej i usługowej.
5. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
6. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 7 – Rozmrożenia

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki w odniesieniu do ubezpieczonych środków obrotowych, które zgodnie w wymogami producenta lub dostawcy winny być przechowywane w urządzeniach chłodniczych w temperaturze poniżej minus 18 stopni Celsjusza, rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody powstałe wskutek rozmrożenia będące następstwem:
   1) awarii urządzenia chłodniczego , w którym są przechowywane,
   2) przerwy w dostawie przez zakład energetyczny prądu trwającej nieprzerwanie dłużej niż 6 godzin,
   3) awarii urządzenia elektrycznego będącego w posiadaniu Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych wskutek:
   1) niewłaściwego przechowywania środków obrotowych,
   2) uszkodzenia mechanicznego opakowań,
   3) planowanych przerw w dostawie energii elektrycznej,
   4) przerw w dostawie energii elektrycznej ze względu na nie wywiązywanie się z płatności wobec dostawców energii elektrycznej.
3. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
4. Składka z tytułu niniejszej klauzuli określona zostaje w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 8 – Terroryzmu

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody powstałe wskutek aktów terrorystycznych.
2. Z zakresu odpowiedzialności WARTY wyłączone są szkody powstałe wskutek:
   1) skażenia biologicznego lub chemicznego,
   2) działań chuligańskich, hackerów komputerowych, zamieszek społecznych, demonstracji, strajków, gróźb i fałszywych alarmów oraz
   3) innych aktów nie mających podłoża politycznego, wyznaniowego, ideologicznego, etnicznego, rasowego.
3. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
4. Składka z tytułu niniejszej klauzuli oraz franszyza zostają określone w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 9 – Strajków, zamieszek i rozruchów.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody w ubezpieczonym mieniu spowodowane:
   1) działaniem grupy pracowników w celu wymuszenia żądań ekonomicznych lub politycznych,
   2) działaniem prawomocnych władz, zapobiegającym lub próbującym zapobiec sytuacjom określonym w pkt. 1) lub też mającym na celu złagodzenie ich następstw,
   3) działaniem grupy osób biorących udział w zamieszkach lub rozruchach,
   4) działaniem prawomocnych władz mającym na celu stłumienie zamieszek/rozruchów lub zminimalizowanie następstw takich zamieszek.
2. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
   1) wynikające ze stałej lub czasowej utraty kontroli nad mieniem wskutek jego zajęcia, zarekwi-
   2) wynikające ze stałej lub czasowej utraty kontroli nad mieniem wskutek bezprawnego zajęcia jakiegokolwiek budynku/budowli przez jakąkolwiek osobę trzecią,
   3) będące pośrednim następstwem szkód w mieniu z zastrzeżeniem, że WARTA nie jest zwolniona na podstawie pkt. 1) i 2) z odpowiedzialności za uszkodzenie mienia, powstałe przed stałą lub czasową utratą kontroli nad mieniem.
3. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górna granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
4. Składka w tytułu niniejszej klauzuli zostaje określona w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 10 – Ubezpieczenia mienia w czasie transportu.

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA rozszerza zakres ubezpieczenia o szkody powstałe w czasie transportu drogowego, pomiędzy lokalizacjami Ubezpieczającego, realizowanego przez Ubezpieczającego lub jego pracowników, pojazdami Ubezpieczającego lub ww. osób.
2. W ramach niniejszej klauzuli WARTA odpowiada za utratę, ubytek lub uszkodzenie przewożonego mienia powstałe wskutek jednego lub wielu nagłych, niespodziewanych i niezależnych od woli Ubezpieczającego zdarzeń, za wyjątkiem szkód wyłączonych w ust. 4. i 6. niniejszej klauzuli i obejmuje również szkody powstałe w trakcie operacji załadunkowych i wyładunkowych.
3. Ubezpieczenie rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia załadunku mienia w miejscu nadania i kończy się z chwilą zakończenia wyładunku mienia w miejscu przeznaczenia, z zastrzeżeniem, że rozpoczęcie czynności załadunku/wyładunku ma miejsce w czasie nie dłuższym niż 12 godzin przed rozpoczęciem/ po zakończeniu przewozu.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych w trakcie transportów realizowanych na podstawie umów przewozowych, spedycyjnych lub umów o świadczenie usług logistycznych.
5. Ubezpieczeniu w ramach niniejszej klauzuli nie podlegają:
   1) środki obrotowe, rzeczy ruchome osób trzecich przyjęte do sprzedaży lub w celu wykonania usługi,
   2) gotówka i wartości pieniężne,
   3) żywe zwierzęta,
   4) mienie pracownicze,
   5) pojazdy i urządzenia w czasie holowania,
   6) pojazdy i urządzenia podczas ruchu o własnym napędzie,
   7) urządzenia przytwierdzone trwale do pojazdów transportujących.
6. WARTA nie odpowiada za szkody:
   1) polegające na utracie informacji zapisanych na wszelkiego rodzaju nośnikach danych, w tym magnetycznych i optycznych,
   2) powstałe wskutek naturalnego zużycia ubezpieczonego mienia lub jego wad ukrytych, bądź jego właściwości,
   3) spowodowane użyciem niewłaściwego środka transportu, nie przystosowanego do przewozu określonego rodzaju mienia, spowodowane złym stanem technicznym środka transportu,
   4) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania, umocowania lub rozmieszczenia mienia na lub w środku transportu, niewłaściwego opakowania lub użycia niewłaściwych lub niesprawnych urządzeń do wykonania czynności załadunkowych i wyładunkowych,
   5) powstałe wskutek nietrzeźwości, odurzenia narkotycznego lub farmakologicznego kierowcy lub osób dokonujących rozładunku i załadunku,
   6) powstałe wskutek kradzieży bez śladów włamania lub zaginięcia.
7. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górna granicę odpowiedzialności WARTA na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
8. Składka z tytułu niniejszej klauzuli zostaje określona w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 11 – Dodatkowych kosztów działalności

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. WARTA pokrywa uzasadnione ekonomicznie, dodatkowe koszty działalności, poniesione przez Ubezpieczającego, związane z zastosowaniem rozwiązań mających na celu uniknięcie lub zmniejszenie zakłóceń w prowadzonej działalności, powstałych lub mogących powstać w wyniku szkody w ubezpieczonym mieniu, za którą WARTA ponosi odpowiedzialność w ramach zawartej umowy ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje :
   1) kosztów, które nie są związane z prowadzoną przez Ubezpieczającego działalnością gospodarczą np. związane z inwestycjami, spekulacji giełdowych, handlu nieruchomościami,
   2) kosztów poniesionych w związku z ustaleniem szkody, kosztów poniesionych na zakup nowego mienia, kosztów związanych z ograniczeniem zatrudnienia,
   3) kosztów, które pozostają w bezpośrednim związku z usunięciem szkody w mieniu,
   4) kosztów związanych z decyzją właściwych organów państwowych i samorządowych, które uniemożliwiają lub opóźniają dalsze prowadzenie działalności gospodarczej Ubezpieczającego,
   5) kosztów, które wynikają z braku środków kapitałowych Ubezpieczającego niezbędnych do odtworzenia zniszczonego mienia.
3. WARTA nie odpowiada za dodatkowe koszty działalności, jeśli szkoda w mieniu powstała poza miejscem ubezpieczenia lub w czasie innym niż okres ubezpieczenia mienia oraz w sytuacji, gdy WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkodę w mieniu.
4. Brak wypłaty odszkodowania z tytułu ubezpieczenia mienia, ze względu na wysokość zastosowanej franszyzy, nie ma wpływu na odpowiedzialność za szkody objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej klauzuli.
5. WARTA wypłaci odszkodowanie za poniesione przez Ubezpieczającego dodatkowe uzasadnione koszty działalności udokumentowane rachunkami powstałe w okresie niezbędnym do przywrócenia stanu technicznego sprzed szkody, nie dłuższym niż 3 miesiące od daty powstania szkody.
6. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności określony w dokumencie ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej klauzuli stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
7. Do szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli ma zastosowanie franszyza redukcyjna określona w dokumencie ubezpieczenia. Franszyza ustalana jest w dniach, które zostają przeliczone na kwotę w złotych polskich poprzez przemnożenie średnich dziennych kosztów poniesionych w ramach niniejszej klauzuli przez liczbę dni.
8. Składka z tytułu niniejszej klauzuli zostaje określona w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 12 – Rzeczoznawcy

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. Za opłatą dodatkowej składki WARTA pokrywa koszty powołania wyznaczonego wspólnie przez Ubezpieczającego i WARTY neutralnego rzeczoznawcy, o którym mowa w § 22.
2. O ile nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności z tytułu udziału WARTY w kosztach związanych ze szkodą powstałą w okresie ubezpieczenia zostaje określony w dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu niniejszej klauzuli zostaje określona w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 13 – Ubezpieczenie budynków osób prywatnych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU ustala się, że:
1. WARTA zawiera w ramach OWU mienia od zdarzeń losowych umowę ubezpieczenia z Ubezpie-
2. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być stanowiące własność osoby wynajmowane lub dzierżawione osobom trzecim:

1) budynki:
   a) mieszkalne wielorodzinne (tj. zawierające 2 lub więcej mieszkań),
   b) mieszkalne wielorodzinne z lokalami przeznaczonymi do prowadzenia działalności gospodarczej,
   c) wyodrębnione i przeznaczone do prowadzenia działalności gospodarczej,
2) lokale o przeznaczeniu innym niż stałe lub czasowe zamieszkiwanie, przeznaczone do prowadzenia działalności gospodarczej.

3. W ramach niniejszej klauzuli ubezpieczeniu nie podlegają:
   1) zabudowa zagrodowa,
   2) budynki rekreacji indywidualnej.
4. Budynki i lokale mogą zostać ubezpieczone w zakresie:
   1) podstawowym , zgodnie z § 5 ust. 2. pkt 1a),
   2) rozszerzonym zgodnie z § 5 ust. 2. pkt 1b) lub pełnym zgodnie z § 5 ust. 2. pkt 1c).
5. Zakres ubezpieczenia o którym mowa w ust. 4. może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe:
   1) dewastację, o której mowa w § 27,
   2) stłuczenie lub uszkodzenie szyb, o którym mowa w § 26, z ograniczeniem do przedmiotów określonych w § 26 ust. 2. pkt 1) i 2).
6. Sumę ubezpieczenia ustala Ubezpieczający i może ona zostać określona w wartości odtworzeniowej lub rzeczywistej.
7. Suma ubezpieczenia ustalana jest w systemie sum stałych, o których mowa w § 11 ust. 2.
8. Suma ubezpieczenia ulega obniżeniu po wypłacie odszkodowania.
9. Ubezpieczenie zawierane w ramach niniejszej klauzuli nie podlega rozszerzeniu o klauzule 1-12.
10. Składka za ubezpieczenie oraz franszyza zostają określone w dokumencie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie przedsiębiorstw

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: SPRZĘT ELEKTRONICZNY (Dział II, Grupa 9)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Sprzętu Elektronicznego od wszystkich ryzyk o symbolu C0245 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 3 kwietnia 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w eksploatacji (Sekcja I OWU), kosztów odtworzenia danych, oprogramowania i wymiennych nośników danych (Sekcja II OWU) oraz zwiększonych kosztów działalności (Sekcja III OWU).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

W Sekcji I OWU:
- ✓ stacjonarny oraz przenośny sprzęt elektroniczny

W Sekcji II OWU:
- ✓ koszty odtworzenia danych w zbiorach danych
- ✓ koszty odtworzenia licencjonowanego oprogramowania
- ✓ wymienne nośniki danych

W Sekcji III OWU:
- ✓ zwiększone koszty działalności wskutek szkody w sprzęcie elektronicznym

W Sekcji I i II OWU ubezpieczenie obejmuje nagłe, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę przedmiotu ubezpieczenia z jakiejkolwiek innej przyczyny niż wyłączona w OWU, np. pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, huraganu, powodzi, deszczu nawalnego, zalania, kradzieży z włamaniem, rabunku, dewastacji, przepięcia, wady materiałowej lub konstrukcyjnej, błędu użytkownika.

W Sekcji III OWU ubezpieczenie obejmuje koszty dodatkowe przewyższające koszty normalnej działalności, poniesione w celu zapobieżenia przerwom lub zakłóceniom działalności, spowodowanym szkodą w sprzęcie elektronicznym, objętą ochroną na podstawie Sekcji I OWU, np.: tymczasowego wynajęcia sprzętu i pomieszczeń zastępczych, transportu do i z pomieszczeń zastępczych.

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §2, §4, §6, §10, §12 §14, §17–18, §22 OWU.

Sumę ubezpieczenia ustala się w zależności od rodzaju przedmiotu ubezpieczenia i powinna ona odpowiadać: jego pełnej wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia lub kwocie odpowiadającej wysokości przewidywanych strat, a w ubezpieczeniu zwiększonych kosztów działalności – wysokości przewidywanych kosztów w maksymalnym okresie odszkodowawczym zadeklarowanym przez Ubezpieczonego.

Szczegółowy sposób ustalania sumy ubezpieczenia podany jest w §8, §16, §21 OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

W Sekcji I OWU:
- × części i materiałów ulegających szybkiemu zużyciu lub podlegających okresowej wymianie w ramach konserwacji
- × zewnętrznych nośników danych

W Sekcji II OWU:
- × kosztów odtworzenia danych w pamięci ulotnej jednostki centralnej urządzenia

W Sekcji III OWU:
- × kosztów powstałych w związku ze szkodą w liniach przesyłowych, systemach pomocniczych, wynajętym sprzęcie lub systemach wykorzystywanych w celu zapobieżenia przerwom lub zakłóceniom działalności
- × pozostałych kosztów wymienionych w §19 OWU

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W Sekcji I i II OWU:
- ! ryzyka wojenne, polityczne, nuklearne, społeczne, akty terrorystyczne
- ! szkody spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa
- ! szkody objęte gwarancją lub rękojmią za wady
- ! bezpośrednie następstwa ciągłej eksploatacji, np. normalne zużycie

Dodatkowo w Sekcji II OWU:
- ! szkody spowodowane błędnym oprogramowaniem
- ! szkody spowodowane niewłaściwym przechowywaniem nośników danych

W Sekcji III OWU:
- ! koszty powstałe w związku ze szkodą, za którą Warta nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Sekcji I OWU
- ! brak wystarczających środków finansowych na naprawę lub wymianę sprzętu elektronicznego we właściwym czasie

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w §7–8, §10–11, §15–17, §19, §22–23, §28 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że w umowie były zawarte inne ustalenia:
✓ we wskazanym w umowie miejscu prowadzenia działalności (miejscu ubezpieczenia)
✓ w trakcie przemieszczania/transportu i użytkowania poza miejscem ubezpieczenia, jeżeli zostanie włączone do ubezpieczenia
✓ we wskazanym miejscu prowadzenia działalności, użytkowania lub przechowywania oraz w transporcie – w odniesieniu do kopii zapasowych zbiorów danych, jeżeli zostaną włączone do ubezpieczenia

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Jeżeli Ubezpieczony jest również Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
– podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytała Warta lub pośrednik ubezpieczeniowy, i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
– opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia lub zgodnie z harmonogramem określonym w polisie

Niezależnie czy Ubezpieczony jest Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
– umożliwienie Warcie wykonania lustracji mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia
– przestrzeganie powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, m.in. prawa budowlanego, o ochronie przeciwpożarowej, Państwowej Inspekcji Pracy, normalizacji i certyfikacji, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami
– podjęcie wszelkich środków mających na celu minimalizację ryzyka kradzieży z włamaniem i rabunku
– wykonywanie zapasowych kopii zbiorów danych
– dokonywanie konserwacji mienia zgodnie z odnośnymi przepisami i zaleceniami producentów
– powiadomienie Warty o wszelkich zmianach, mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka
– w razie zdarzenia mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody – użycie wszelkich dostępnych środków w celu zabezpieczenia zagrożonego mienia

Obowiązki w przypadku wystąpienia szkody/zgłoszenia roszczenia:
– dążenie do zmniejszenia skutków szkody samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb
– zgłoszenie szkody do Warty w ciągu 2 dni roboczych (na policję w ciągu 24 godzin)
– udostępnienie Warcie dokumentów związanych z eksploatacją przedmiotów ubezpieczenia, udzielenie niezbędnych wyjaśnień i dowodów, sporządzenie rachunku strat

Szczegółowe informacje na temat obowiązków Ubezpieczonego podane są w §27–28 OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach na rachunek bankowy wskazany w polisie.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, jeżeli takie ustalenia były w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności określane są w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po zawarciu umowy z dniem wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłacie składki z zastrzeżeniem indywidualnych uzgodnień.
Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
– ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa została zawarta
– z chwilą rozwiązania umowy
– w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia – z chwilą wypłacenia przez Wartę odszkodowania w wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej dla danego przedmiotu ubezpieczenia, o ile suma ubezpieczenia nie zostanie podwyższona

Szczegółowe informacje na temat okresu ubezpieczenia i czasu trwania odpowiedzialności znajdują się w §24 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

- od umowy można odstąpić za pomocą pisemnego powiadomienia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy bez podania przyczyny, jeżeli umowa została zawarta na czas dłuższy niż 6 miesięcy
- umowę można rozwiązać przed upływem okresu ubezpieczenia w drodze pisemnego wypowiedzenia w razie:
  - zaprzestania prowadzenia działalności w miejscu ubezpieczenia – w terminie 1 miesiąca
  - żądania przez Wartę zmiany wysokości składki w związku z ujawnieniem okoliczności, które pociągają za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku – w terminie 14 dni ze skutkiem natychmiastowym

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §25 OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO OD WSZYSTKICH RYZYK

z dnia 21 czerwca 1999 r. zmienione Aneksem Nr 1, 2, 3, 4 i 5 (TEKST JEDNOLITY)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dni 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2017.1170 j.t z późn. zm.):

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Sekcja I: § 2, § 4, § 6 Sekcja II: § 12 do 14 Sekcja III: § 18
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Sekcja I: § 3, § 7, § 8 ust. 5 i 9, § 10 ust 6, § 11 ust. 2 do 3 Sekcja II: § 15, § 16 ust. 3, § 17 ust. 3 do 4 Sekcja III: § 19, § 22 ust. 3 Postanowienia ogólne: § 23 ust. 5, § 28 ust. 7 do 10

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zwane dalej OWU, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez przedsiębiorców, tzn. osoby prawne, osoby lub jednostki organizacyjne nie będące osobami prawnymi posiadające zdolność prawną prowadzące we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową zwane dalej Ubezpieczającym, z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA" Spółka Akcyjna (zwanym dalej WARTĄ).
Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (Ubezpieczonego). W takim wypadku postanowienia niniejszych OWU dotyczące Ubezpieczającego (w tym obowiązki) stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego z wyłączeniem postanowień dotyczących zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej zwrotu, zmiany umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia/ odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

SEKCJA I – SZKODY RZECZOWE

Przedmiot ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień Sekcji I niniejszych OWU może być sprzęt elektroniczny stanowiący własność lub znajdujący się w posiadaniu Ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego i użytkowany zgodnie z jego przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą lub zawodową.
2. Nowo nabyty stacjonarny sprzęt elektroniczny może być objęty ubezpieczeniem po zainstalowaniu w miejscu pracy oraz pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.

§ 3

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
   1) części i materiały ulegające szybkiemu zużyciu lub podlegające okresowej wymianie w ramach konserwacji, zgodnie z instrukcją techniczną urządzenia i zaleceniami producenta. Należą do nich w szczególności: materiały pomocnicze, wymienne narzędzia, źródła światła, głowice lub taśmy do drukarek, łańcuchy napędowe, środki eksploatacyjne. Jednakże niniejsze wyłączenie nie dotyczy przypadku, gdy stracie lub uszkodzeniu ulegnie przedmiot ubezpieczenia, którego takie elementy stanowią część;
   2) zewnętrzne nośniki danych, które mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Sekcji II niniejszych OWU.

§ 4

1. Na wniosek Ubezpieczającego i za dodatkową składkę, ubezpieczeniem mogą zostać objęte dodatkowo niżej wymienione koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z usuwaniem skutków szkody, podlegającej odszkodowaniu w ramach umowy ubezpieczenia, a mianowicie:
   1) koszty pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dni wolne od pracy oraz frachtu ekspresowego – Klauzula 006;
   2) koszty frachtu lotniczego – Klauzula 007.

Miejsce ubezpieczenia

§ 5

1. Sprzęt elektroniczny objęty jest ubezpieczeniem na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w miejscu wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie i określonym w dokumencie ubezpieczenia, podczas normalnej eksploatacji na stanowisku pracy, przemieszczania w miejscu ubezpieczenia, demontażu w celu dokonania konserwacji, przeglądu, remontu, ponownego montażu oraz w trakcie wyżej wymienionych operacji.
2. Na wniosek Ubezpieczającego i za dodatkową składkę sprzęt elektroniczny może być objęty ochroną ubezpieczeniową w czasie przemieszczania i użytkowania poza miejscem ubezpieczenia, także poza terytorium RP.

Zakres ubezpieczenia

§ 6

1. WARTA ponosi odpowiedzialność za nagle, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną w ramach niniejszych OWU, jeśli szkody te powstaną z jakiejkolwiek przyczyny innej niż wyraźnie określonej w § 7.
2. Zakres ubezpieczenia może ulec w celu dostosowania do ubezpieczanego przedmiotu. dokonuje się poprzez zastosowanie wybranych Klauzul stanowiących integralną część OWU, wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
   1) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajku, zamknięcia zakładu przez właściciela połączonego z przerwaniem zatrudnienia, rozruchów, buntu, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny domowej, sabotażu, aktów terrorystycznych, przez które rozumie się użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia;
   2) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   3) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi;
   4) trzęsienia ziemi, wybuchu wulkanu, tsunami, cyklonu, tajfunu;
   5) wad lub błędów w wykonaniu, istniejących w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedział lub powinien był wiedzieć Ubezpieczający lub jego przedstawiciele;
   6) braku dostawy lub przerwania dostawy gazu, wody lub elektryczności;
   7) zaniechania obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych i remontów;
   8) eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia po zaistnieniu szkody, bez dokonania napraw, jeżeli niewykonanie napraw miało wpływ na powstanie drugiej szkody.
2. WARTA nie odpowiada ponadto za szkody:
   1) za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady;
   2) w mieniu zajętym przez uprawnione władze;
   3) będące bezpośrednimi następstwami ciągłej eksploatacji, a w szczególności: normalnego zużycia, kawitacji, erozji, korozji, kamienia kotłowego;
   4) górnicze w rozumieniu prawa górniczego;
   5) takie jak defekty estetyczne tj.: zadrapania na powierzchniach malowanych, polerowanych lub emaliowanych, o ile nie powstały one wskutek zdarzenia powodującego uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia;
   6) polegające na kradzieży mienia, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem i rabunku, za które WARTA odpowiada.
3.
   1) Kradzież z włamaniem ma miejsce, gdy:

sprawca dokonał zaboru mienia z zamkniętego pomieszczenia przy użyciu siły i narzędzi, po sforsowaniu istniejących zabezpieczeń lub po otworzeniu zabezpieczeń oryginalnym kluczem, który zdobył przez kradzież z włamaniem do innego pomieszczenia lub w wyniku rabunku, a także, gdy sprawca ukrył się w pomieszczeniu przed jego zamknięciem (o ile pozostawił ślady stanowiące dowód jego ukrycia).

2) Rabunek ma miejsce wtedy, gdy:
   a) sprawca dokonał zaboru mienia w celu jego przywłaszczenia z zastosowaniem przemocy użycia w stosunku do ubezpieczającego, osób przez niego zatrudnionych lub osób działających w jego imieniu lub na jego rzecz;
   b) sprawca przy zastosowaniu przemocy lub groźbą doprowadził do drzwi pomieszczenia objętego ubezpieczeniem osobę posiadającą klucze i zmusił ją do ich otworzenia albo sam je otworzył kluczami zrabowanymi.

4. WARTA nie ponosi także odpowiedzialności za:
   1) jakiekolwiek koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z konserwacją, modernizacją, remontami lub naprawami gwarancyjnymi ubezpieczonego sprzętu elektronicznego;
   2) jakiekolwiek pośrednie następstwa zdarzeń objętych ochroną na podstawie niniejszych OWU z wyjątkiem szkód objętych ochroną na podstawie postanowień Sekcji II.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 8

1. Suma ubezpieczenia sprzętu elektronicznego zgłaszanego do ubezpieczenia może być określona w następujący sposób:
   1) według wartości odtworzeniowej,
   2) według wartości księgowej brutto.
2. Przez wartość odtworzeniową rozumie się cenę zakupu nowego sprzętu tego samego rodzaju i wydajności lub o najbardziej zbliżonych parametrach technicznych, powiększoną o koszty transportu, cła, podatków (np. granicznego, importowego, VAT) i innych opłat (np. notarialnych, skarbowych) oraz koszty montażu i uruchomienia, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia.
3. Przez wartość księgową brutto rozumie się księgową wartość początkową sprzętu z uwzględnieniem obowiązujących przeszacowań.
4. Jeżeli w okresie ubezpieczenia Ubezpieczający podwyższy wartość ubezpieczanego przedmiotu poprzez dokonywanie zmian technicznych, Ubezpieczający jest zobowiązany do zgłoszenia nowej sumy ubezpieczenia.
   Nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia następnego po zgłoszeniu jej przez Ubezpieczającego.
5. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona przez Ubezpieczającego dla poszczególnego przedmiotu ubezpieczenia jest niższa od sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona do ubezpieczenia na początku okresu ubezpieczenia lub w trakcie jego trwania zgodnie z ust. 1 i 4, wysokość ustalonego odszkodowania, określonego zgodnie z § 11 ust. 2, ulega zmniejszeniu w takiej proporcji, w jakiej ustalona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia pozostaje do sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona.
6. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez Ubezpieczającego dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, wymienionych w wykazie stanowiącym integralną część dokumentu ubezpieczenia.
7. Suma ubezpieczenia określona w ust. 6 stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia.
8. Suma ubezpieczenia poszczególnego przedmiotu ubezpieczenia ulega każdorazowo zmniejszeniu o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia w danym okresie ubezpieczenia, następuje na wniosek Ubezpieczającego, po opłaceniu dodatkowej składki liczonej za okres od daty wypłacenia odszkodowania.
9. WARTA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym może wprowadzić w formie limitu ograniczenie odpowiedzialności za szkody w mieniu z tytułu powodzi w zależności od stopnia zagrożenia miejsca ubezpieczenia występowaniem powyższego ryzyka.
10. Składka za ubezpieczenie ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka w oparciu o sumy ubezpieczenia określone przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, miejsca i okresu ubezpieczenia.
11. Składka ustalona w oparciu o ww. elementy może ulec podwyższeniu lub obniżeniu ze względu na przebieg szkodowy ubezpieczenia.

§ 9

1. Za szkodę częściową uważa się uszkodzenie lub zniszczenie przedmiotu ubezpieczenia, której wysokość nie przekroczy wartości rzeczywistej przedmiotu ubezpieczenia określonej na dzień powstania szkody.
2. Za szkodę całkowitą uważa się utratę, zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia, której wysokość jest równa lub przekroczy wartość rzeczywistą przedmiotu ubezpieczenia, określoną na dzień powstania szkody.
3. Przez wartość rzeczywistą rozumie się wartość odpowiadającą kosztom odtworzenia przedmiotu ubezpieczenia, określoną na dzień powstania szkody, pomniejszoną o stopień zużycia technicznego.
4. W odniesieniu do sprzętu komputerowego za wartość rzeczywistą przyjmuje się jego cenę rynkową.

Wysokość szkody wysokość odszkodowania

§ 10

1. W przypadku szkody częściowej za wysokość szkody przyjmuje się koszty:
   1) poniesione w celu przywrócenia uszkodzonego sprzętu do poprzedniego stanu zdatności do użytku;
   2) demontażu i ponownego montażu poniesione w celu wykonania napraw;
   3) transportu uszkodzonego przedmiotu do warsztatu naprawczego i z powrotem;
   4) cła, opłaty i podatki w takim rozmiarze, w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia.
2. W przypadku szkody całkowitej za wysokość szkody przyjmuje się:
   1) koszty nabycia sprzętu tego samego rodzaju lub o najbardziej zbliżonych parametrach dla sprzętu nie starszego niż 5 lat lub
   2) wartość rzeczywistą uszkodzonego sprzętu na dzień powstania szkody w odniesieniu do sprzętu starszego niż 5 letni oraz w przypadku, gdy naprawa lub wymiana nie jest możliwa;
   3) koszty demontażu zniszczonego sprzętu;
   4) koszty transportu, cła, opłaty i podatki, w takim rozmiarze w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego w odniesieniu do uszkodzonego przedmiotu, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia.
3. WARTA pokrywa koszty poniesione w związku z usuwaniem szkody określone w § 4 w granicach wymienionych w dokumencie ubezpieczenia limitów odpowiedzialności, o ile takie koszty zostały zgłoszone do ubezpieczenia.
4. WARTA pokrywa dodatkowo uzasadnione okolicznościami i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku ze zdarzeniem, objętym umową ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, a mianowicie:
   1) koszty zabezpieczenia ubezpieczonego mienia przed uszkodzeniem w przypadku bezpośredniego zagrożenia szkodą;
   2) koszty związane z ratunkiem ubezpieczonego i dotkniętego szkodą mienia, mające na celu niedopuszczenie do zwiększenia strat;
   3) Koszty te pokrywane są bez względu na wynik działań zabezpieczających i ratowniczych;
   4) koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie;
5. Koszty, o których mowa w ust. 4 pkt. 1) i 2) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia, a koszty wymienione w ust. 4 pkt 3) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia do 10% wysokości szkody ustalonej zgodnie z § 10.
6. Jeżeli koszty określone w ust. 4 dotyczą mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego WARTA pokrywa te koszty w takiej proporcji do ogólnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego, w jakiej wartość mienia ubezpieczonego pozostaje do wartości całego mienia. W przypadku braku możliwości ustalenia tych wartości WARTA pokryje 50% wartości tych kosztów.

§ 11

1. Ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania nastąpi na podstawie dowodów, o których mowa w § 28 ust. 6.
2. Wysokość odszkodowania ustala się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, o której mowa w § 10, z uwzględnieniem następujących zasad:
   od ustalonej wysokości szkody potrąca się:
   1) wartość mienia dotkniętego szkodą, które z uwagi na rodzaj lub rozmiar uszkodzeń nadaje się jeszcze do dalszego użytku, sprzedaży, przeróbki lub odbudowy (tzw. wartość pozostałości);
   2) franszyzę redukcyjną w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, przy czym jeżeli na skutek jednego zdarzenia zostanie utracony, zniszczony lub uszkodzony więcej niż jeden przedmiot ubezpieczenia, od wysokości szkody potrąca się jedną najwyższą franszyzę redukcyjną przewidzianą dla tych przedmiotów ubezpieczenia.
3. Łączna wysokość ustalonego odszkodowania za wszystkie szkody powstałe w wyniku jednego zdarzenia nie może przekroczyć łącznej kwoty sum ubezpieczenia ustalonych dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, które uległy uszkodzeniu.

SEKCJA II – UBEZPIECZENIE KOSZTÓW ODTWORZENIA DANYCH I OPROGRAMOWANIA ORAZ WYMIENNYCH NOŚNIKÓW DANYCH

Przedmiot ubezpieczenia

§ 12

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień Sekcji II niniejszych OWU mogą być:
   1) wymienne nośniki danych znajdujące się w określonym w dokumencie ubezpieczenia miejscu ubezpieczenia lub przechowywania zapasowych kopii zbiorów danych. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do zapasowych kopii zbiorów danych udzielona jest również na czas transportu tych kopii pomiędzy miejscem ubezpieczenia wymienionym w dokumencie ubezpieczenia a miejscem ich przechowywania.
      Wymienne nośniki danych w rozumieniu niniejszych OWU to materiał umożliwiający zapis informacji do odczytu maszynowego, a w szczególności dyskietki wszystkich typów, taśmy magnetyczne, dyski do odczytu optycznego.
   2) koszty odtworzenia danych zawartych w zbiorach danych, o ile podlegają one archiwizacji na kopiach zapasowych;
   3) koszty odtworzenia programów licencjonowanych;
      a) oprogramowanie systemowe,
      b) oprogramowanie użytkowe produkcji seryjnej lub indywidualnej.

§ 13

Warunkiem niezbędnym ubezpieczenia wymiennych nośników danych oraz kosztów, o których mowa w § 12 jest ubezpieczenie sprzętu elektronicznego na podstawie postanowień Sekcji I niniejszych OWU.

Zakres ubezpieczenia

§ 14

WARTA ponosi odpowiedzialność za nagłe, niespodziewane i niezależne od woli ubezpieczającego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę ubezpieczonych wymiennych nośników danych i/lub koszty odtworzenia danych i oprogramowania, jeżeli szkody te powstaną z jakiejkolwiek przyczyny innej niż wyraźnie wyłączonej w § 7.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 15

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody spowodowane:
   1) błędnym programowaniem;
   2) niewłaściwym przechowywaniem wymiennych nośników danych.
2. WARTA nie odpowiada ponadto za:
   1) jakiekolwiek pośrednie następstwa zdarzeń objętych ochroną na podstawie postanowień niniejszej Sekcji;
   2) koszty odtworzenia danych zapisanych w pamięci ulotnej jednostki centralnej urządzenia oraz inne niż wymienione § 12.
   Przez pamięć ulotną jednostki centralnej urządzenia rozumie się rodzaj pamięci, która została zaprojektowana w taki sposób, że jej zawartość ulega utracie w przypadku zaniku zasilania urządzenia w energię elektryczną.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 16

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez Ubezpieczającego oddzielnie dla wymiennych nośników danych oraz kosztów odtworzenia danych i oprogramowania i powinna odpowiadać wysokości przypuszczalnej maksymalnej straty, jaka może powstać w ubezpieczonym mieniu wskutek jednego zdarzenia.
2. Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowania wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia w danym okresie ubezpieczenia, następuje na wniosek Ubezpieczającego po opłaceniu dodatkowej składki liczonej za okres od daty wypłacenia odszkodowania.
3. WARTA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym może wprowadzić w formie limitu ograniczenie odpowiedzialności za szkody w mieniu z tytułu powodzi w zależności od stopnia zagrożenia miejsca ubezpieczenia występowaniem powyższego ryzyka.
4. Składka za ubezpieczenie ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka w oparciu o sumy ubezpieczenia określone przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, miejsca i okresu ubezpieczenia.
5. Składka ustalona w oparciu o ww. elementy może ulec podwyższeniu lub obniżeniu ze względu na przebieg szkodowy ubezpieczenia.

Wysokość szkody wysokość odszkodowania

§ 17

1. WARTA wypłaci Ubezpieczającemu odszkodowanie za udokumentowane koszty poniesione w celu przywrócenia stanu bezpośrednio przed powstaniem szkody.
2. Jako wysokość szkody przyjmuje się koszty poniesione w związku z:
   1) wymianą utraconych, zniszczonych lub uszkodzonych wymiennych nośników danych na nowe;
   2) odtworzeniem lub ponownym zainstalowaniem programów określonych w § 12 ust. 1 pkt 3;
   3) odtworzeniem danych, rozumiane jako koszty wprowadzenia danych z kopii zapasowych lub koszty ręcznego wprowadzenia danych z dokumentów źródłowych.
3. Od ustalonej wysokości szkody potrąca się franszyzę redukcyjną w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia.
4. Łączna wysokość ustalonego odszkodowania za szkody powstałe w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia.

SEKCJA III – UBEZPIECZENIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 18

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień Sekcji III niniejszych OWU mogą być zwiększone koszty działalności, poniesione przez Ubezpieczającego w celu zapobieżenia przerwom lub zakłóceniom w działalności, spowodowanym szkodą w ubezpieczonym sprzęcie elektronicznym, za którą WARTA ponosi odpowiedzialność na podstawie Sekcji I niniejszych OWU z zastrzeżeniem § 19.
2. Przez zwiększone koszty działalności, o których mowa w ust. 1 rozumie się nadwyżkę kosztów ponad koszty normalnej działalności, które muszą być poniesione przez Ubezpieczającego w celu jej kontynuacji tj.:
   1) **koszty proporcjonalne** – narastające proporcjonalnie do czasu przerwy lub zakłóceń w działalności Ubezpieczającego, obejmujące koszty:

a) tymczasowego wykorzystania sprzętu zastępczego lub systemów zewnętrznych,
b) tymczasowego wynajęcia i użytkowania urządzeń lub pomieszczeń zastępczych,
c) zastosowania alternatywnych procedur pracy lub procesów technologicznych,
d) dodatkowego wynagrodzenia pracowników (tj. pracy w godzinach nadliczbowych oraz w godzinach nocnych),
e) usług świadczonych przez osoby trzecie (tj. wykorzystania obcej siły roboczej w zakresie przetwarzania danych).

2) **koszty nieproporcjonalne** – niezależne od upływu czasu przerwy lub zakłóceń w działalności Ubezpieczającego, obejmujące koszty:
a) jednorazowej procedury przeprogramowania,
b) zresetowania i ponownego załadowania systemów operacyjnych,
c) transportu do i z pomieszczeń zastępczych.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
§ 19

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za koszty powstałe pośrednio lub bezpośrednio w związku ze szkodą:
1) za którą WARTA nie ponosi odpowiedzialności na podstawie Sekcji I niniejszych OWU,
2) powstałą w każdego rodzaju liniach przesyłowych,
3) powstałą w systemach pomocniczych, przez które rozumie się systemy konieczne dla prawidłowego funkcjonowania ubezpieczonego mienia (są to w szczególności: urządzenia klimatyzacyjne, urządzenia podtrzymujące zasilanie (UPS-y), przetworniki częstotliwości, agregaty prądotwórcze jako niezależne źródła energii).
2. Z zakresu ochrony wyłączone są również koszty powstałe pośrednio lub bezpośrednio w związku z utratą, zniszczeniem, uszkodzeniem, zniekształceniem, całkowitym lub częściowym skasowaniem, bezprawnym wykorzystaniem danych i oprogramowania.
3. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności za koszty powstałe albo zwiększone pośrednio lub bezpośrednio przez którąkolwiek z następujących przyczyn:
1) decyzję władz publicznych, która uniemożliwia lub opóźnia odtworzenie zniszczonego mienia lub jego eksploatację,
2) brak u Ubezpieczającego wystarczających środków kapitałowych na odtworzenie, naprawę lub wymianę mienia zniszczonego, uszkodzonego lub utraconego,
3) modernizacje i ulepszenia prowadzone w trakcie przeglądów, remontów, odbudowy, naprawy lub wymiany ubezpieczonego mienia,
4) zanieczyszczenie, skażenie, zniszczenie, uszkodzenie lub zepsucie surowców, półproduktów lub gotowych produktów,
5) szkody zaistniałe w wynajętych urządzeniach zastępczych, sprzęcie zastępczym lub systemach zewnętrznych wykorzystywanych przez Ubezpieczającego w celu zapobieżenia przerwom lub zakłóceniom w prowadzonej działalności.

Maksymalny okres odszkodowawczy
§ 20

1. Maksymalny okres odszkodowawczy jest to maksymalny okres, w którym WARTA pokrywa poniesione przez Ubezpieczającego zwiększone koszty działalności powstałe w związku ze szkodą w sprzęcie elektronicznym.
2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie ustalono inaczej, postanawia się, że maksymalny okres odszkodowawczy wynosi 12 miesięcy.

Suma ubezpieczenia i składka
§ 21

1. Sumę ubezpieczenia ustala się na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem następujących zasad:
1) suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie równa jest kwocie miesięcznego limitu odszkodowawczego przemnożonego przez liczbę miesięcy ustaloną jako maksymalny okres odszkodowawczy i powiększonego o kwotę kosztów nieproporcjonalnych,
2) suma ubezpieczenia na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia równa jest kwocie miesięcznego limitu odszkodowawczego przemnożonego przez liczbę miesięcy okresu ubezpieczenia i powiększonego o kwotę kosztów nieproporcjonalnych.
2. Miesięczny limit odszkodowawczy będący podstawą ustalenia sumy ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia określa Ubezpieczający w wysokości odpowiadającej zwiększonym kosztom jakie musiałby ponieść w celu zapobieżenia przerwie lub zakłóceniom w działalności w okresie 1 miesiąca.
3. Górną granicę odpowiedzialności WARTY stanowi:
1) w odniesieniu do zwiększonych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego w związku z pojedynczą szkodą w ubezpieczonym sprzęcie elektronicznym – suma ubezpieczenia na jedno zdarzenie,
2) w odniesieniu do zwiększonych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego w związku ze wszystkimi szkodami w ubezpieczonym sprzęcie elektronicznym powstałymi w okresie ubezpieczenia – suma ubezpieczenia na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
W przypadku, gdy suma ubezpieczenia nie została ustalona oddzielnie na koszty proporcjonalne i nieproporcjonalne, przyjmuje się, że górną granicą odpowiedzialności dla kosztów proporcjonalnych jest 80% łącznej sumy ubezpieczenia na jedno zdarzenie.
4. Sumę ubezpieczenia pomniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania i z chwilą jej wyczerpania odpowiedzialność WARTY w zakresie ubezpieczenia zwiększonych kosztów wygasa, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Na wniosek Ubezpieczonego i po opłaceniu dodatkowej składki, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia może zostać uzupełniona do pierwotnej wysokości lub podwyższona. Uzupełniona lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY od dnia następnego po opłaceniu dodatkowej składki.
6. Składka za ubezpieczenie ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ustalana jest w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną przez Ubezpieczającego na wszystkie zdarzenia, odrębnie dla kosztów proporcjonalnych i nieproporcjonalnych z uwzględnieniem rodzaju ubezpieczonego sprzętu elektronicznego, miejsca i okresu ubezpieczenia, długości maksymalnego okresu odszkodowawczego, wysokości franszyzy redukcyjnej i przebiegu szkodowego ubezpieczenia. Przebieg szkodowy ubezpieczenia ma wpływ na zastosowaną zniżkę lub podwyżkę składki ubezpieczeniowej. WARTA zastrzega sobie prawo ustalenia składki w zależności od indywidualnej oceny ryzyka.

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania
§ 22

1. WARTA wypłaci Ubezpieczającemu odszkodowanie za udokumentowane koszty, określone w § 18 ust. 2 poniesione w okresie odszkodowawczym, który:
1) rozpoczyna się w dniu powstania szkody w ubezpieczonym sprzęcie elektronicznym lub w dniu poniesienia pierwszych zwiększonych kosztów działalności,
2) kończy się w dniu, w którym Ubezpieczający przestał ponosić zwiększone koszty działalności z zastrzeżeniem, że okres ten nie będzie dłuższy niż maksymalny okres odszkodowawczy określony w umowie ubezpieczenia, w którym WARTA zobowiązuje się do wypłaty należnego odszkodowania.
2. Za wysokość szkody przyjmuje się:
1) w przypadku kosztów proporcjonalnych – rzeczywiste i udokumentowane dzienne kwoty zwiększonych kosztów z zastrzeżeniem, że miesięczna kwota odszkodowania nie może przekroczyć maksymalnego miesięcznego limitu określonego w umowie ubezpieczenia,
2) w przypadku kosztów nieproporcjonalnych – jednorazową kwotę odszkodowania na pokrycie rzeczywistych i udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego, ograniczoną do limitu określonego w umowie ubezpieczenia.
3. Od ustalonej wysokości odszkodowania potrąca się ustaloną w umowie ubezpieczenia franszyzę redukcyjną:
1) w przypadku kosztów proporcjonalnych – kwotę stanowiącą iloczyn średnich stawek dziennych odszkodowania i liczby dni roboczych określonych w umowie ubezpieczenia,
2) w przypadku kosztów nieproporcjonalnych – kwotę lub procent wartości szkody.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§ 23

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, skierowanego do WARTY na formularzu lub w innej formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
1) nazwę i adres Ubezpieczającego;
2) miejsce ubezpieczenia;
3) wykaz sprzętu elektronicznego z ich danymi (producent, rok produkcji, typ, model, numer fabryczny);
4) wykaz oprogramowania;
5) sumę ubezpieczenia określoną odrębnie dla każdego rodzaju ubezpieczenia zgodnie z §§ 8, 16 i 21;
6) okres ubezpieczenia i maksymalny okres odszkodowawczy dla zwiększonych kosztów działalności;
7) zakres ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2, albo został sporządzony wadliwie, Ubezpieczający jest obowiązany na wezwanie WARTY odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma WARTY
4. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości WARTY wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA zapytywała w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach oraz zgłaszać niezwłocznie WARCIE zmiany tych okoliczności. W razie zawarcia przez WARTĘ umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4 nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, to postanowienie ust. 5 stosuje się odpowiednio do przedstawiciela Ubezpieczającego.
7. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust.2-4 spoczywają odpowiednio na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
8. WARTA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia w ciągu 14 dni od otrzymania wniosku o ubezpieczenie, zawierającego wszystkie dane niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia
§ 24

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony, podany w dokumencie ubezpieczenia jako okres ubezpieczenia.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od godz. 0:00 dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki (w całości lub pierwszej raty).
3. Jeżeli strony umówiły się, że WARTA ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty a składka lub jej pierwsza rata nie została uiszczona w oznaczonym terminie, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności WARTY wówczas, gdy WARTA po upływie terminu zapłaty kolejnej raty składki wezwała Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialność WARTY kończy się:
1) z upływem okresu ubezpieczenia;
2) z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadkach określonych w ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu oraz w § 25;
3) w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia z chwilą wypłacenia przez WARTĘ odszkodowania w wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej dla danego przedmiotu ubezpieczenia.

§ 25

1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana:
1) przez Ubezpieczającego, w drodze pisemnego jednomiesięcznego wypowiedzenia, w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej lub zawodowej w miejscu ubezpieczenia;
2) przez każdą ze stron, w drodze 14 dniowego wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku określonym w § 27 ust. 7.
2. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia, prawa z umowy ubezpieczenia mogą być za zgodą WARTY potwierdzoną na piśmie, przeniesione na nabywcę przedmiotu. W razie przeniesienia praw, o których mowa powyżej, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą WARTY umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na zbywcę. Jeżeli prawa, o których mowa powyżej, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu na nabywcę.
3. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, o ile została ona zawarta na czas dłuższy niż 6 miesięcy w terminie 30 dni, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zwarcia umowy.

§ 26

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia z przyczyn, o których mowa w § 24 ust. 3 i 4 i § 25 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres udzielania przez WARTĘ ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość należnej do zwrotu składki oblicza się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki ubezpieczającego
§ 27

1. Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, a w szczególności przepisów prawa budowlanego, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, Państwowej Inspekcji Pracy, normalizacji i o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami.
2. Ubezpieczający, w odniesieniu do ryzyka kradzieży z włamaniem i rabunku, zobowiązany jest przedsięwziąć wszelkie środki mające na celu jego minimalizację. Wszystkie drzwi zewnętrzne, okna oraz inne otwory prowadzące do lokalu, w którym znajduje się ubezpieczone mienie powinny być w należytym stanie technicznym, właściwie osadzone i zamknięte w sposób stanowiący przeszkodę, której sforsowanie nie jest możliwe bez użycia narzędzi, czego dowodem będą pozostawione ślady włamania.
3. Ubezpieczający obowiązany jest do wykonywania kopii zapasowych zbiorów danych objętych ubezpieczeniem z częstotliwością zadeklarowaną we wniosku ubezpieczeniowym.
4. Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić przedstawicielom WARTY dokonanie lustracji ubezpieczonego mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
5. WARTA zastrzega sobie prawo do dokonywania ponownych lustracji po zawarciu umowy ubezpieczenia, o ile uzna to za wskazane. Ubezpieczający jest obowiązany udostępnić przedstawicielowi WARTY dokumenty związane z eksploatacją przedmiotów ubezpieczenia, a w szczególności dokumentację techniczno-ruchową, protokoły remontów, przeglądów konserwacyjnych i badań, protokoły pomiarów i prób eksploatacyjnych.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest powiadomić WARTĘ o wszelkich zmianach mogących mieć wpływ na ocenę przyjętego do ubezpieczenia ryzyka,

które WARTA zapytywała we wniosku o ubezpieczenie lub innej formie pisemnej oraz w odniesieniu do normalnych warunków prowadzenia działalności, jakimi są np. zmiana procesów technologicznych, prowadzenie prac modernizacyjnych, remontowych powstałych w czasie trwania umowy ubezpieczenia, lub mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia szkody. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w niniejszym ustępie spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

7. 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.
8. Ubezpieczający obowiązany jest do dokonywania konserwacji ubezpieczonego sprzętu zgodnie z odnośnymi przepisami i zaleceniami producentów sprzętu elektronicznego. Konserwacja w rozumieniu niniejszych OWU oznacza:
   1) konserwację bieżącą,
   2) konserwację prewencyjną, przeglądy okresowe,
   3) usuwanie uszkodzeń lub wad powstałych wskutek normalnej eksploatacji, starzenia się ubezpieczonego sprzętu (np. poprzez wymianę lub naprawę modułów, zespołów, podzespołów, części).

§ 28

1. W razie zdarzenia mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody w przedmiocie ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych środków w celu zabezpieczenia zagrożonego mienia, a w przypadku powstania szkody dążyć do zmniejszenia jej skutków samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb.
2. O powstaniu szkody Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić WARTĘ.
   Uważa się, że wymóg ten jest spełniony, gdy Ubezpieczający dokona zgłoszenia szkody poprzez stronę www WARTY lub telefonicznie najpóźniej w ciągu 2 dni roboczych od powstania szkody lub od dnia, w którym dowiedział się o szkodzie, ze wskazaniem charakteru i rozmiaru szkody. W przypadku zawarcia ubezpieczenia na cudzy rachunek zapisy niniejszego ustępu stosuje się również do Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu ubezpieczenia na jego rachunek.
3. W przypadku powstania szkody w mieniu na skutek kradzieży z włamaniem lub rabunku Ubezpieczający obowiązany jest powiadomić najbliższą jednostkę Policji w ciągu 24 godzin od zajścia zdarzenia lub momentu, w którym Ubezpieczający dowiedział się o nim.
4. Po zawiadomieniu WARTY stosownie do ust. 2 Ubezpieczający może przeprowadzić naprawę lub wymianę uszkodzonych części pod warunkiem, że WARTA wyrazi zgodę na taką naprawę lub wymianę; we wszystkich innych przypadkach Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić przedstawicielowi WARTY oględziny szkody przed przystąpieniem do naprawy lub wymiany. Jeżeli przedstawiciel WARTY nie przeprowadzi oględzin w ciągu 3 dni roboczych od daty pisemnego zawiadomienia o szkodzie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczający jest uprawniony do przystąpienia do napraw lub wymiany.
5. Ubezpieczający obowiązany jest zezwolić WARCIE na dokonanie czynności niezbędnych dla ustalenia okoliczności powstania szkody i wysokości odszkodowania, jak również udzielić WARCIE potrzebnych wyjaśnień oraz przedstawić dowody, w tym księgowe, których odpowiednio do stanu rzeczy zażąda WARTA. Ubezpieczający obowiązany jest również sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów dowodowych i na własny koszt, obliczenie poniesionych strat, tzw. rachunek strat.
6. Ponadto w przypadku zajścia jakiegokolwiek zdarzenia, które spowoduje powstanie szkody, Ubezpieczający jest obowiązany:
   1) zachować uszkodzone części i udostępnić je przedstawicielowi lub rzeczoznawcy WARTY w celu przeprowadzenia oględzin;
   2) dostarczyć w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia szkody informacje i dowody, jakich WARTA może zażądać (np. protokół szkody, uwzględniający istotne dla sprawy okoliczności i dowody, dokładne wyliczenie poniesionych strat, zgodnie z ustaleniami protokołu szkodowego).
7. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 3-6 niniejszego paragrafu oraz w § 27 ust. 1-3; 5 i 8, WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli niedopełnienie któregoś z tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody, jej rozmiarów, bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.
8. W przypadku nie wywiązywania się przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z obowiązków określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu, WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli miało to wpływ na zwiększenie szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
9. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w powodu nie wywiązania się przez Ubezpieczającego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa z obowiązku określonego w ust. 1 niniejszego paragrafu.
10. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 27 ust. 6 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia § 27 ust. 6 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.

Wypłata odszkodowania

§ 29

1. Odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez WARTĘ zawiadomienia owypadku.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY albo wysokości odszkodowania w terminie, o którym mowa w ust. 1 okazało się niemożliwe, odszkodowanie jest wypłacane w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienia tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część odszkodowania WARTA wypłaca w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

§ 30

WARTA obowiązana jest uzasadnić na piśmie ustalenia dotyczące wysokości przyznanego odszkodowania lub jego odmowy, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania i poinformować Ubezpieczającego o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej w przypadku gdy Ubezpieczający nie zgadza się z ustaleniami WARTY.

Roszczenia regresowe

§ 31

1. Z dniem zapłaty odszkodowania, roszczenie Ubezpieczającego do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na WARTĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli WARTA pokryła tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń przed roszczeniami regresowymi WARTY.
2. Ubezpieczający na wniosek WARTY zobowiązany jest przekazać posiadane przez siebie dokumenty i informacje niezbędne do skutecznego dochodzenia przez WARTĘ roszczeń regresowych.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 32

1. Z zastrzeżeniem sytuacji wskazanych w niniejszych OWU zawiadomienia i oświadczenia WARTY oraz Ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym na adres jednostki terytorialnej WARTY, na terenie której zawarto umowę ubezpieczenia, a w przypadku WARTY na adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.
2. Jeżeli którakolwiek ze stron zmieniła adres siedziby i nie zawiadomiła o tym drugiej strony skierowane na ostatni znany adres pismo wywiera skutki prawne od chwili, w której doszłoby, gdyby strona nie zmieniła siedziby.

Postanowienia końcowe

§ 33

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszym OWU.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ustawy o rachunkowości oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
3. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   Na wniosek klienta WARTA potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
   Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
   Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: https://www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (strona www: https://www.rf.gov.pl).
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego z umowy z ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie.
6. OWU sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 3 kwietnia 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu	Prezes Zarządu
Jarosław NIEMIROWSKI	Jarosław PARKOT

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO OD WSZYSTKICH RYZYK

1. Do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień niniejszych OWU wprowadza się następujące klauzule obligatoryjne o numerach: 502, 534, 537, 538, 591 oraz Cyber risk/ IT, Urządzenia JRM (Jądrowy Rezonans Magnetyczny), Ubezpieczenie endoskopów oraz urządzeń do terapii dożylnej.
2. Pozostałe klauzule są klauzulami fakultatywnymi włączanymi do niniejszych OWU na wniosek Ubezpieczającego.

KLAUZULE

Klauzula 001 – Ubezpieczenie ryzyka rozruchów i strajków

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko rozruchów i strajków, przez które rozumie się:
   1) czynności osoby, która razem z innymi bierze udział w jakichkolwiek zakłóceniach spokoju publicznego (związane lub niezwiązane ze strajkiem lub zamknięciem zakładu przez właściciela połączonym z przerwaniem zatrudnienia), nie będące wydarzeniami, o których mowa w pkt. 2;
   2) działanie jakiejkolwiek władzy, ustanowionej zgodnie z prawem przy tłumieniu lub próbach stłumienia wszelkich takich zakłóceń lub przy zmniejszaniu skutków takich zakłóceń;
   3) umyślną czynność strajkującego lub innego pracownika zakładu dokonaną przy popieraniu strajku lub opieraniu się zamknięciu zakładu przez właściciela połączonemu z przerwaniem zatrudnienia;
   4) działanie jakiejkolwiek władzy ustanowionej zgodnie z prawem przy zapobieganiu lub próbach zapobieżenia wszelkim takim czynnościom lub przy zmniejszaniu skutków takich czynności, z zastrzeżeniem, że wszystkie postanowienia OWU mają zastosowanie do zakresu ubezpieczenia rozszeżonego niniejszą Klauzulą z ograniczeniami odpowiedzialności określonymi w pkt. 2 i 3, które mają zastosowanie wyłącznie do rozszerzonego zakresu ubezpieczenia określonego w pkt. 1.
2. Ubezpieczenie nie pokrywa:
   1) szkód będących wynikiem całkowitego lub częściowego przerwania, opóźnienia robót lub przerwania jakiegokolwiek procesu lub operacji;
   2) szkód spowodowanych stałym lub czasowym pozbawieniem posiadania w wyniku lub zajęcia przez jakąkolwiek władzę ustanowioną zgodnie z prawem;
   3) szkód spowodowanych stałym lub czasowym pozbawieniem posiadania w wyniku bezprawnego zajęcia jakiegokolwiek budynku przez jakąkolwiek osobę, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel nie jest na podstawie ppkt. 2) i 3) zwolniony z odpowiedzialności za uszkodzenia ubezpieczonego mienia, powstałe przed utratą posiadania lub podczas czasowej utraty posiadania.
3. Odpowiedzialność WARTY z tytułu ryzyk określonych w niniejszej Klauzuli jest ograniczona do podanego w dokumencie ubezpieczenia limitu odpowiedzialności na jedno zdarzenie, powstałych w nieprzerwanym okresie nie dłuższym niż 168 godzin.
4. Całkowita odpowiedzialność WARTY w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć podwojonego limitu odpowiedzialności na jedno zdarzenie.
5. Limit odpowiedzialności oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 006 – Ubezpieczenie dodatkowych kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dniach wolnych od pracy oraz frachtu ekspresowego

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe koszty pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dniach wolnych od pracy oraz frachtu ekspresowego (z wyłączeniem frachtu lotniczego), pod warunkiem, że takie koszty są poniesione w związku ze szkodą w ubezpieczonych przedmiotach podlegającą odszkodowaniu.
2. Limit odpowiedzialności określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 007 – Ubezpieczenie dodatkowych kosztów frachtu lotniczego

1. Niniejszą Klauzulą włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej koszty frachtu lotniczego o ile takie koszty są poniesione w związku ze szkodą w ubezpieczonych pozycjach podlegającą odszkodowaniu.
2. Limit odpowiedzialności oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 502 – Włączenie do ubezpieczenie lamp elektronowych

Niniejszą klauzulą włącza się do zakresu ochrony ubezpieczeniowej lampy elektronowe. Odszkodowanie zostanie wypłacone do wartości rzeczywistej pozycji ustalonej na dzień wystąpienia szkody zgodnie z pkt. 1-7 niniejszej klauzuli z uwzględnieniem kosztów zwykłego frachtu, montażu, ceł i opłat, jeżeli mają zastosowanie.

1. Wartość rzeczywista:
   1) lamp rentgenowskich ze stacjonarną anodą w zestawie z pojedynczym kołpakiem oraz lamp rentgenowskich z wirującą anodą bez liczników ekspozycji dla sprzętu diagnostycznego;
   2) lamp elektronowych i rentgenowskich do radioterapii powierzchniowej i kontaktowej;
   3) lamp wzmacniacza video.

Wiek (miesiące)	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
< 18	100
< 20	90
< 23	80
< 26	70
< 30	60
< 34	50
< 40	40
< 46	30
< 52	20
< 60	10
> 60	0

< mniej niż > więcej niż

2. Wartość rzeczywista lamp elektronowych dla sprzętu diagnostycznego.

Wiek (miesiące)	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
< 33	100
< 36	90
< 39	80
< 42	70
< 45	60
< 48	50
< 51	40
< 54	30
< 57	20
< 60	10
> 60	0

3. Wartość rzeczywista lamp rentgenowskich z wirującą anodą i ołowiowym uszczelnieniem liczników ekspozycji dla sprzętu diagnostycznego.

Liczba ekspozycji	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
< 10.000	100
< 12.000	90
< 14.000	80
< 16.000	70
< 19.000	60
< 22.000	50
< 26.000	40
< 30.000	30
< 35.000	20
< 40.000	10
> 40.000	0

4. Wartość rzeczywista lamp rentgenowskich i innych elektronowych do głębokiej terapii.

Okres użytkowania[1)] (godziny)	Wiek[1)] (miesiące)	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
< 400	< 18	100
< 500	< 22	90
< 600	< 26	80
< 700	< 30	70
< 800	< 35	60
< 900	< 40	50
< 1.000	< 45	40
< 1.100	< 50	30
< 1.200	< 55	20
< 1.300	< 60	10
> 1.300	> 60	0

5. Wartość rzeczywista lamp rentgenowskich dla sprzętu do badań materiałowych.

Okres użytkowania (godziny)	Wiek (miesiące)	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
< 300	< 6	100
< 380	< 8	90
< 460	< 10	80
< 540	< 12	70
< 620	< 14	60
< 700	< 16	50
< 780	< 18	40
< 860	< 20	30
> 860	> 20	20

[1)] Wartość rzeczywista określana jest na podstawie okresu użytkowania (w godzinach) lub wieku (w miesiącach) w przypadku ustalenia obu wielkości należy przyjąć niższą wartość rzeczywistą.

6. Wartość rzeczywista kineskopów i lamp analizujących dla sprzętu TV.
   Po upływie 12 miesięcy użytkowania wartość rzeczywistą kineskopów i lamp analizujących zmniejsza się o 3% miesięcznie do minimum 20% wartości nowej.
7. Wartość rzeczywista pozostałych typów lamp elektronowych.
   Dla pozostałych typów lamp elektronowych wartość rzeczywistą w dniu wystąpienia szkody określa się na podstawie danych dostarczonych przez dostawcę.

Klauzula 503 – Włączenie do zakresu ochrony ryzyka kradzieży zwykłej

1. Niniejszą klauzulą rozszerza się zakres ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko kradzieży zwykłej ubezpieczonych przedmiotów w czasie, kiedy znajdują się one w miejscu ubezpieczenia, jednak

pod warunkiem, że Ubezpieczający zawiadomi o tym fakcie policję, bezzwłocznie po stwierdzeniu wystąpienia szkody spowodowanej kradzieżą.
Dla potrzeb niniejszych OWU kradzież zwykła rozumiana jest, jako zabór mienia w celu przywłaszczenia.
Franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 504 – Ubezpieczenie sprzętu ruchomego i przenośnego poza miejscem ubezpieczenia

1. Niniejszą klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o szkody powstałe w sprzęcie ruchomym i/lub przenośnym w czasie, kiedy znajduje się on poza miejscem ubezpieczenia określonym w dokumencie ubezpieczenia.
   W ramach niniejszej klauzuli WARTA nie odpowiada za:
   1) szkody spowodowane zaginięciem, zagubieniem lub pozostawieniem sprzętu bez dozoru z wyjątkiem pozostawienia go w bagażniku lub niewidocznym miejscu w odpowiednio zabezpieczonym pojeździe z włączonym alarmem,
   2) straty lub uszkodzenia z jakiejkolwiek przyczyny w czasie, kiedy wymieniony wyżej sprzęt jest zainstalowany lub przewożony w/na statku powietrznym lub sprzęcie pływającym.
2. Franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 531 – Wyłączenie szkód spowodowanych przez pożar, uderzenie pioruna, wybuch i upadek statku powietrznego

Niniejszą klauzulą wyłącza się z zakresu ochrony ubezpieczeniowej szkody w ubezpieczanym sprzęcie powstałe wskutek:
1) uderzenia pioruna;
2) pożaru oraz działań niezbędnych w celu usunięcia jego skutków takich jak: prace rozbiórkowe, usuwanie pozostałości po szkodzie;
3) wybuchu chemicznego;
4) działania dymu, sadzy i innych substancji agresywnych;
5) upadku statku powietrznego.

Klauzula 532 – Wyłączenie szkód mechanicznych i elektrycznych

Niniejszą klauzulą wyłącza się z zakresu ochrony ubezpieczeniowej szkody powstałe w ubezpieczonym sprzęcie z przyczyn mechanicznych lub elektrycznych takich jak: wady materiałowe, wady konstrukcyjne, implozję, zwarcie, przepięcie, uderzenie pioruna, pole magnetyczne lub elektrostatyczne.

Klauzula 533 – Wyłączenie szkód spowodowanych przez powódź, zalanie lub uderzenie pioruna

1. Niniejszą klauzulą wyłącza się z zakresu ochrony ubezpieczeniowej szkody w ubezpieczanym sprzęcie powstałe wskutek:
   1) powodzi;
   2) zalania;
   3) huraganu
   4) uderzenia pioruna.
2. Użyte określenia należy rozumieć jako:
   1) powódź zalanie miejsca i przedmiotu ubezpieczenia w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących i stojących wskutek naturalnych zjawisk, takich jak:
      a) nadmierne opady atmosferyczne,
      b) spływ wód po zboczach lub stokach na terenach górskich lub falistych,
      c) topnieniekry lodowej,
      d) tworzenie zatorów lodowych,
      e) sztorm i podniesienie się poziomu morskich wód przybrzeżnych,
   2) zalanie:
      a) niezamierzone i niekontrolowane wydobywanie się wody, innych cieczy lub par z przewodów i urządzeń technologicznych,
      b) cofnięcie się ścieków z sieci kanalizacyjnej,
      c) samoczynne uruchomienie się instalacji tryskaczowych/zraszaczowych z innych przyczyn niż pożar, o ile nie nastąpiło ono na skutek prób ciśnieniowych, przebudowy lub naprawy instalacji tryskaczowej / zraszaczowej lub remontu budynku,
      d) szkodę spowodowaną nieumyślnym pozostawieniem otwartych kurków w sieci wodociągowej.
   3) huragan – wichura, której działanie może wyrządzić masowe szkody lub wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/s potwierdzony orzeczeniem placówki meteorologicznej.

Klauzula 534 – Zastrzeżenia dotyczące urządzeń klimatyzacyjnych

Niniejszą klauzulą wprowadza się następujące zastrzeżenie:
WARTA może odmówić wypłaty odszkodowania za zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego sprzętu elektronicznego, nośników danych i danych na nich zawartych oraz poniesione w związku ze szkodą koszty dodatkowe będące następstwem awarii urządzeń klimatyzacyjnych, jeżeli te urządzenia nie zostały zainstalowane i poddane konserwacji zgodnie z zaleceniami producentów sprzętu elektronicznego i urządzeń klimatyzacyjnych.
Oznacza to, że urządzenia klimatyzacyjne:
– oraz urządzenia alarmowe i wyłączniki są konserwowane przez specjalistyczny personel producenta lub dostawcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta.
– są wyposażone w niezależne czujniki do pomiaru temperatury i wilgotności, do wykrywania dymu i uruchamiania alarmu optycznego i akustycznego.
– są nadzorowane przez przeszkolony personel Ubezpieczającego, który jest w stanie zastosować w razie uruchomienia alarmu wszelkie potrzebne środki w celu zapobieżenia szkodzie,
– są wyposażone w automatyczne urządzenia do awaryjnego wyłączania odpowiadające wymaganiom producenta sprzętu elektronicznego.

Klauzula 535 – Wyłączenie kosztów szalunku i rusztowań

Niniejsza klauzulą wyłącza się z ochrony ubezpieczeniowej koszty szalunku i rusztowań, niezbędne do usunięcia szkody powstałej wskutek zdarzenia losowego objętego ochrona na podstawie postanowień Sekcji I niniejszych OWU.

Klauzula 536 – Wyłączenie kosztów robót murarskich

Niniejszą klauzulą wyłącza się z ochrony ubezpieczeniowej koszty robót murarskich, tynkarskich, malarskich, ziemnych, budowlanych i tym podobnych wymaganych w celu naprawy lub wymiany uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia.

Klauzula 537 – Warunki szczególne dotyczące tomografów komputerowych

Niniejsza klauzulą wyłącza się odpowiedzialność WARTY za szkody powstałe w wyniku awarii pojedynczych elementów urządzenia, chyba że szkoda została spowodowana przez zdarzenie działające z zewnątrz na urządzenie lub ogień powstały wewnątrz urządzenia.
W odniesieniu do lamp elektronowych w tomografach komputerowych, odszkodowanie zostanie wypłacone do wartości rzeczywistej uszkodzonej lampy, ustalanej na dzień wystąpienia szkody, z uwzględnieniem kosztów zwykłego frachtu, montażu, ceł i opłat, jeżeli mają zastosowanie.
Określenie wartości rzeczywistej

1. Dla lamp rentgenowskich

z licznikiem czasu pracy pod wysokim napięciem (lampy ze stacjonarną anodą) czas pracy w godzinach do:	z licznikiem ekspozycji (lampy z wirującą anodą) ekspozycja do:	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
400	10.000	100
440	11.000	90
480	12.000	80
520	13.000	70
600	15.000	60
720	18.000	50
840	21.000	40
960	24.000	30
1.080	27.000	20
1.200	30.000	10

2. Lampy elektronowe stabilizujące i regulujące

Okres użytkowania (miesiące)	Wartość rzeczywista w % wartości nowej
36	100
39	90
41	80
44	70
47	60
49	50
52	40
55	30
57	20
60	10

Klauzula 538 – Zastrzeżenie dotyczące urządzeń zabezpieczających przed wyładowaniami i przepięciami

Niniejszą klauzulą wprowadza się następujące zastrzeżenie:
WARTA może odmówić wypłaty odszkodowania za zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego sprzętu elektronicznego, nośników danych i danych na nich zawartych oraz poniesione w związku ze szkodą koszty dodatkowe, będące następstwem wyładowań atmosferycznych, przepięć, jeżeli ubezpieczony sprzęt elektroniczny nie został wyposażony w urządzenia zabezpieczające przed wyładowaniami atmosferycznymi i przepięciami. Urządzenia te powinny być zainstalowane i konserwowane zgodnie z zaleceniami producentów sprzętu elektronicznego i urządzeń zabezpieczających alarmowych.
Oznacza to, że urządzenia zabezpieczające przed wyładowaniami atmosferycznymi i przepięciami powinny być:
1) konserwowane przez specjalistyczny personel producenta lub dostawcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zaleceniami producenta.
2) nadzorowane przez przeszkolony personel Ubezpieczającego, wyposażone w automatyczne urządzenia do awaryjnego wyłączania odpowiadające najnowszym wymogom dotyczącym sprzętu elektronicznego oraz zaleceniom producenta sprzętu elektronicznego.

Klauzula 561 – Warunki szczególne dotyczące błon rentgenowskich

Niniejszą klauzulą wyłącza się z odpowiedzialności WARTY koszty związanie z uszkodzeniem lub zniszczeniem błon wykorzystywanych w sprzęcie rentgenowskim, chyba że takie zniszczenie, uszkodzenie lub utrata jest bezpośrednim następstwem szkody podlegającej odszkodowaniu w odniesieniu do kaset błon rentgenowskich.

Klauzula 591 Zastrzeżenie umowy o konserwacje

Niniejszą klauzulą wprowadza się do § 22 OWU postanowienie nakładające na Ubezpieczającego obowiązek posiadania umowy o konserwację ubezpieczonego sprzętu elektronicznego, pozostającą w mocy w okresie ważności dokumentu ubezpieczenia sprzętu elektronicznego.

Klauzula Cyber risk/Klauzula IT

WARTA ponosi odpowiedzialność za szkody rzeczowe, przez które rozumie się szkody w mieniu objętym ubezpieczeniem.
W tym znaczeniu za szkodę rzeczową nie uważa się uszkodzenia i/lub zniszczenia danych lub oprogramowania, a w szczególności jakichkolwiek niekorzystnych w nich zmian spowodowanych przez skasowanie, uszkodzenie lub zmiany ich pierwotnej formy.
Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
1. Szkody w danych i oprogramowaniu powstałe wskutek ich utraty lub uszkodzenia, w szczególności wszelkie niekorzystne w nich zmiany spowodowane przez skasowanie, uszkodzenie lub zmiany ich pierwotnej formy, a także powstałe w ich następstwie szkody związane z utratą zysku oraz wszelkie straty wynikające z przerwy lub zakłóceń w działalności,
2. Szkody w danych lub oprogramowaniu będące następstwem ograniczenia zakresu funkcjonalności, użytkowania lub dostępności do nich, a także powstałe w ich następstwie szkody związane z utratą zysku oraz wszelkie straty wynikające z przerwy lub zakłóceń w działalności,

Jednakże – mimo wprowadzenia powyższych wyłączeń z ochrony ubezpieczeniowej oraz z zastrzeżeniem warunków, zakresu, postanowień i wyłączeń zapisanych w umowie ubezpieczenia – szkody rzeczowe w danych i oprogramowaniu są objęte ochroną.

Klauzula Urządzenia JRM (Jądrowy Rezonans Magnetyczny)

WARTA wypłaci Ubezpieczającemu odszkodowanie z tytułu szkody w urządzeniach JRM tylko pod warunkiem zawarcia przez Ubezpieczającego umowy o obsłudze i naprawach w stosunku do tych przedmiotów.
Ponadto ustala się, że:
1) w rozumieniu warunków niniejszej umowy ubezpieczenia czynniki chłodzące, takie jak hel,
2) koszty rozgrzewania lub chłodzenia kriostatu są objęte ochroną ubezpieczeniowa na warunkach niniejszej umowy tylko pod warunkiem, jeżeli powstały wskutek podlegającej odszkodowaniu szkodzie rzeczowej na urządzeniu; przy czym oblodzenie nie jest traktowane jako szkoda rzeczowa,
3) koszty wymiany standardowego oprogramowania dostarczonego przez producenta są objęte ochroną ubezpieczeniową na warunkach niniejszej umowy tylko pod warunkiem, jeżeli powstały wskutek podlegającej odszkodowaniu szkody rzeczowej na urządzeniu oraz jeżeli zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia.

Klauzula Ubezpieczenie endoskopów oraz urządzeń do terapii dożylnej

WARTA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w urządzeniach do endoskopii oraz do terapii dożylnej wyłącznie pod następującymi warunkami:
1) w czasie przeprowadzania badań zachowane będą warunki bezpieczeństwa, wymagane do zachowania urządzenia w należytym stanie,

2) przyrządy dodatkowe (np. szczypce, sondy) mogą zostać zastosowane tylko w stanie kiedy przewód endoskopu nie jest załamany w zgięciu,
3) przestrzegane są każdorazowo zalecenia producenta dotyczące odpowiedniego stosowania, mocowania dodatkowych narzędzi, obsługi, konserwacji i przechowywania.

Klauzula Automatycznego Ubezpieczenia Nowych Miejsc Ubezpieczenia
WARTA obejmie automatyczną ochroną ubezpieczeniową, za pobraniem dodatkowej składki sprzęt elektroniczny znajdujący się w nowo uruchomionym przez Ubezpieczającego miejscu prowadzenia przez niego działalności gospodarczej lub zawodowej. Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić do WARTY wykaz nowych placówek z uwzględnieniem danych dotyczących ubezpieczonego sprzętu. Tryb zgłoszenia nowych placówek, warunki płatności dodatkowej składki, określa się w dokumencie ubezpieczenia.
Stacjonarny sprzęt elektroniczny może być objęty ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.

Klauzula Automatycznego Ubezpieczenia Nowego Sprzętu
WARTA obejmie automatyczną ochroną ubezpieczeniową, za pobraniem dodatkowej składki nowo nabyty sprzęt lub sprzęt, którego wartość wzrosła w okresie ubezpieczenia wskutek wykonanych inwestycji.
Nowo nabyty stacjonarny sprzęt elektroniczny może być objęty ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.
Tryb zgłoszenia do WARTY wzrostu wartości sprzętu, wykazu nowo nabytego sprzętu, limit wartościowy, warunki płatności dodatkowej składki określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula Reprezentantów
WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
Za Ubezpieczającego uważa się:
1) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora i jego zastępcę,
2) w przypadku spółek kapitałowych (tj. z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych) – członków zarządu i prokurentów,
3) w przypadku spółek jawnych – wspólników i prokurentów,
4) w przypadku spółek komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariuszy i prokurentów,
5) w przypadku spółek cywilnych – wspólników,
6) w przypadku spółek partnerskich – partnerów, członków zarządu i prokurentów,
7) w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członków zarządu.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.

Ubezpieczenie przedsiębiorstw

warta.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: TUiR „WARTA" S.A.

Produkt: MASZYNY I URZĄDZENIA OD WSZYSTKICH RYZYK (Dział II, Grupy: 9, 16)

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Maszyn i Urządzeń od wszystkich ryzyk o symbolu C0186 (zwanych dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 3 kwietnia 2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie maszyn i urządzeń (Sekcja I OWU), maszyn i urządzeń budowlanych, sprzętu, zaplecza i wyposażenia (Sekcja II OWU) w eksploatacji oraz utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń (Sekcja III OWU).
Ubezpieczenie utraty zysku stanowi dodatek/suplement do ubezpieczenia maszyn i urządzeń w Sekcji I OWU i skierowane jest do przedsiębiorców, którzy prowadzą księgi rachunkowe zgodnie z obowiązującą ustawą o rachunkowości, tzw. „pełną księgowość".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

W Sekcji I OWU:
- ✓ maszyny i urządzenia różnych branż i przemysłów (stacjonarne i mobilne)

W Sekcji II OWU:
- ✓ maszyny i urządzenia budowlane
- ✓ sprzęt, zaplecze i wyposażenie budowlane

W Sekcji III OWU:
- ✓ zysk brutto wskutek szkód w maszynach i urządzeniach

W Sekcji I i II OWU ubezpieczenie obejmuje nagłe, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę przedmiotu ubezpieczenia z jakiejkolwiek innej przyczyny niż wyłączona w OWU, np. awarii mechanicznej lub elektrycznej, błędu w obsłudze (Sekcja I OWU), pożaru, kradzieży z włamaniem, rabunku, dewastacji (Sekcja II OWU).

W Sekcji III OWU ubezpieczenie obejmuje utratę przewidywanego zysku brutto (oraz wzrost kosztów wytwarzania w ramach sumy ubezpieczenia utraty zysku), który przedsiębiorca osiągnąłby z tytułu wytwarzania produktów lub sprzedaży towarów i usług, gdyby działalność prowadzona przez niego w miejscu ubezpieczenia nie została przerwana lub zakłócona na skutek zaistnienia szkody w maszynach i/lub urządzeniach w następstwie zdarzeń ubezpieczonych na podstawie Sekcji I OWU.

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w §2, §4–5, §7, §16 Sekcji I OWU, §2–3, §6 Sekcji II OWU oraz §3, §15 Sekcji III OWU.

Sumę ubezpieczenia ustala się w zależności od rodzaju ubezpieczanego mienia i powinna ona odpowiadać jego pełnej wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia lub kwocie odpowiadającej wysokości przewidywanych strat. Suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu utraty zysku powinna odpowiadać wartości przewidywanego zysku brutto w maksymalnym okresie odszkodowawczym zadeklarowanym przez Ubezpieczonego.

Szczegółowy sposób ustalania sumy ubezpieczenia podany jest w §8 Sekcji I OWU, §5 Sekcji II OWU oraz §6 Sekcji III OWU.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

W Sekcji I i II OWU:
- × narzędzi wymiennych
- × części ulegających szybkiemu zużyciu i/lub na które producent nie udzielił gwarancji
- × materiałów eksploatacyjnych
- × fundamentów, chyba że uwzględniono je w sumie ubezpieczenia
- × mienia pracującego pod ziemią

Dodatkowo w Sekcji II OWU:
- × taboru pływającego, statków powietrznych

W Sekcji III OWU:
- × kosztów surowców, materiałów oraz energii elektrycznej, chyba że są niezbędne do kontynuowania działalności
- × podatku od towarów i usług VAT, akcyzowego i opłat celnych
- × kosztów i strat z operacji giełdowych i innych inwestycji kapitałowych niezwiązanych z działalnością
- × kar pieniężnych, grzywien i odszkodowań
- × pozostałych kosztów wymienionych w §5 Sekcji III OWU

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W Sekcji I i II OWU:
- ! ryzyka wojenne, polityczne, nuklearne, społeczne, akty terrorystyczne
- ! szkody spowodowane umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa
- ! szkody objęte gwarancją lub rękojmią za wady
- ! następstwa ciągłej eksploatacji, np. normalne zużycie
- ! szkody w trakcie transportu lub samoczynnego przemieszczania się poza miejscem ubezpieczenia

Dodatkowo w Sekcji I OWU:
- ! pożar, bezpośrednie uderzenie pioruna, wybuch chemiczny, huragan, powódź, zapadanie lub osuwanie się ziemi, lawina, zalanie, kradzież lub rabunek

Dodatkowo w Sekcji II OWU:
- ! awaria elektryczna lub mechaniczna

W Sekcji III OWU:
- ! utrata zysku brutto wskutek szkody w maszynach i/lub urządzeniach, za którą Warta nie ponosi odpowiedzialności lub ponosi odpowiedzialność na podstawie postanowień lub klauzul rozszerzających ochronę ubezpieczeniową w Sekcji I OWU
- ! brak wystarczających środków finansowych na naprawę lub wymianę maszyn i/lub urządzeń we właściwym czasie

Pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w: §6, §8–9, §14, §16–17 Sekcji I OWU, §4–6 Sekcji II OWU oraz §5, §12, §14–17 Sekcji III OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że w umowie były zawarte inne ustalenia:
✓ we wskazanym w umowie miejscu prowadzenia działalności (miejscu ubezpieczenia)
✓ w trakcie przemieszczania/transportu i użytkowania poza miejscem ubezpieczenia, jeżeli zostanie włączone do ubezpieczenia (Sekcja I i II OWU)

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Jeżeli Ubezpieczony jest również Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
– podanie wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytała Warta lub pośrednik ubezpieczeniowy, i które zostały umieszczone we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia
– opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia lub zgodnie z harmonogramem określonym w polisie

Niezależnie czy Ubezpieczony jest Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
– umożliwienie Warcie wykonania lustracji mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia
– przestrzeganie powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, m.in. prawa budowlanego, o ochronie przeciwpożarowej, odgromowej, Państwowej Inspekcji Pracy, normalizacji i certyfikacji, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami
– prowadzenie, przechowywanie i chronienie ksiąg rachunkowych zgodnie z obowiązującą ustawą o rachunkowości oraz obowiązującymi w tym zakresie przepisami wydawanymi przez Ministra Finansów
– powiadomienie Warty o wszelkich zmianach, mogących mieć wpływ na ocenę ryzyk
– w razie zdarzenia mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody – użycie wszelkich dostępnych środków w celu zabezpieczenia zagrożonego mienia

Obowiązki w przypadku wystąpienia szkody/zgłoszenia roszczenia, niezależnie czy Ubezpieczony jest Ubezpieczającym (zawiera umowę ubezpieczenia):
– dążenie do zmniejszenia skutków szkody (w tym zapobieżenia utracie zysku lub jego zmniejszenia) samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb
– zgłoszenie szkody do Warty w ciągu 2 dni roboczych oraz udostępnienie dokumentów związanych z eksploatacją przedmiotów ubezpieczenia, udzielenie niezbędnych wyjaśnień i wydanie dowodów, sporządzenie rachunku strat
– zezwolenie Warcie i/lub powołanym przez nią niezależnym ekspertom na przeprowadzenie czynności w celu ustalenia wysokości utraconego zysku brutto i zakresu zobowiązań, w tym udostępnienie wszystkich ksiąg rachunkowych, pokwitowań, faktur/rachunków, bilansu i innych dowodów oraz złożenie niezbędnych wyjaśnień

Szczegółowe informacje na temat obowiązków Ubezpieczonego podane są w §13–14 Sekcji I OWU oraz §12–13 Sekcji III OWU.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach na rachunek bankowy wskazany w polisie.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być zapłacona przy zawarciu umowy lub później, jeżeli takie ustalenia były w umowie ubezpieczenia. Wysokość rat składki i terminy płatności określane są w polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po zawarciu umowy z dniem wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki z zastrzeżeniem indywidualnych uzgodnień.
Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
– z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki umowa została zawarta
– z chwilą rozwiązania umowy
– w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia – z chwilą wypłacenia przez Wartę odszkodowania w wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej dla danego przedmiotu ubezpieczenia, o ile suma ubezpieczenia nie zostanie podwyższona
– w odniesieniu do ubezpieczenia utraty zysku brutto – także w dniu zaprzestania działalności gospodarczej z innej przyczyny niż szkoda w mieniu objęta ochroną ubezpieczeniową lub z chwilą odstąpienia od/rozwiązania umowy ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk

Szczegółowe informacje na temat okresu ubezpieczenia i czasu trwania odpowiedzialności znajdują się w §10 Sekcji I OWU oraz §8 Sekcji III OWU.

Jak rozwiązać umowę?

– od umowy można odstąpić za pomocą pisemnego powiadomienia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy bez podania przyczyny, jeżeli umowa została zawarta na czas dłuższy niż 6 miesięcy
– umowę można rozwiązać przed upływem okresu ubezpieczenia w drodze pisemnego wypowiedzenia w razie:
  • zaprzestania prowadzenia działalności w miejscu ubezpieczenia – w terminie jednego miesiąca
  • żądania przez Wartę zmiany wysokości składki w związku z ujawnieniem okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku – w terminie 14 dni ze skutkiem natychmiastowym

Szczegółowe informacje na temat rozwiązywania umowy ubezpieczenia znajdują się w §11 Sekcji I OWU oraz §9 Sekcji III OWU.

warta.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MASZYN I URZĄDZEŃ OD WSZYSTKICH RYZYK

z dnia 15 sierpnia 2000 r. zmienione Aneksem Nr 1, 2, 3, 4 i 5

(TEKST JEDNOLITY)

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art. 17 ustawy z dni 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2017.1170 j.t z późn. zm.):

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Sekcja I: §2, §4 do 5, §7 Sekcja II: §2 do 3 Sekcja III: §1 ust. 3, §3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Sekcja I: §3, §6, §8 ust. 5 i 7, §9 ust. 5, §14 ust. 6 do 9, §16 ust. 5, §17 ust. 2 do 3 Sekcja II: §4, §5 ust. 3 i 7, § 6 ust. 5 Sekcja III: §5, §12 ust. 5, §14, §15, §16 ust. 2, §17 ust.1 do 2 i 4

SEKCJA I – UBEZPIECZENIE MASZYN I URZĄDZEŃ OD WSZYSTKICH RYZYK

§1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej OWU, stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez przedsiębiorców tzn. osoby prawne, osoby lub jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi posiadające zdolność prawną prowadzące we własnym imieniu działalność gospodarczą, zwane dalej Ubezpieczającym, z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA SA, zwanym dalej WARTĄ.

Niniejszych OWU nie stosuje się do przedsiębiorców prowadzących we własnym imieniu działalność zawodową.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (Ubezpieczonego). W takim wypadku postanowienia niniejszych OWU dotyczące Ubezpieczającego (w tym obowiązki) stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego z wyłączeniem postanowień dotyczących zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej zwrotu, zmiany umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia/ odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia

§2

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU mogą być maszyny i urządzenia stanowiące własność lub znajdujące się w posiadaniu Ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego i użytkowane, zgodnie z ich przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Nowo zainstalowane maszyny i urządzenia mogą być objęte ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.
3. Maszyny i urządzenia są ubezpieczone w miejscu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej niezależnie od tego, czy są w ruchu, stanie spoczynku lub zostały zdemontowane w celu dokonania konserwacji.

§3

Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

1) narzędzia wymienne wszelkiego rodzaju, a w szczególności matryce, formy, stemple, narzędzia do obróbki skrawaniem, elektrody;
2) części, które przez używanie i/lub swoje własności ulegają szybkiemu zużyciu i/lub na które producent nie udzielił gwarancji, a w szczególności wykładziny ogniotrwałe i antykorozyjne, powłoki ogniochronne, ruszty pieców i palenisk, dysze palników, młoty do kruszenia, przedmioty z gumy, szkła i ceramiki, pasy, łańcuchy, liny, druty;
3) wszelkiego rodzaju materiały eksploatacyjne, a w szczególności oleje, smary, paliwa, katalizatory, chłodziwa;
4) fundamenty, chyba że ich wartość uwzględniona została w sumie ubezpieczenia.

§4

1. Na wniosek Ubezpieczającego i za dodatkową składkę, ubezpieczeniem mogą zostać objęte dodatkowo koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z usuwaniem skutków szkody, podlegającej odszkodowaniu w ramach umowy ubezpieczenia, a mianowicie:
   1) koszty pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dni wolne od pracy – oraz frachtu ekspresowego – Klauzula 006
   2) koszty frachtu lotniczego – Klauzula 007
2. Koszty, o których mowa w ust. 1 zostaną zrekompensowane w granicach wymienionych w dokumencie ubezpieczenia sum ubezpieczenia z uwzględnieniem postanowień zawartych w klauzulach nr 006 i 007 i pod warunkiem, że wysokość szkody ustalona na podstawie postanowień §16 przekracza wysokość uzgodnionej franszyzy redukcyjnej.

Zakres ubezpieczenia

§5

1. WARTA ponosi odpowiedzialność za nagłe, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną w ramach niniejszych OWU, jeśli szkody te powstaną z jakiejkolwiek przyczyny innej niż wyraźnie wyłączonej w §6.
2. Zakres ubezpieczenia może ulec w celu dostosowania do ubezpieczanego przedmiotu. dokonuje się poprzez zastosowanie wybranych klauzul stanowiących integralną część OWU, wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych OWU.

Ograniczenia odpowiedzialności

§6

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
   1) spowodowane przez działania wojenne, stan wyjątkowy, strajki, zamknięcie zakładu przez właściciela połączone z przerwaniem zatrudnienia, rozruchy, bunt, rewolucję, powstanie, zamieszki społeczne i wojskowe, wojnę domową, sabotaż, akty terrorystyczne rozumiane jako użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia;
   2) będące następstwem zajęcia przedmiotu ubezpieczenia przez uprawnione władze;
   3) powstałe wskutek z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   4) spowodowane reakcją jądrową, skażeniem radioaktywnym, skażeniem lub zanieczyszczeniem odpadami przemysłowymi;
   5) za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady;
   6) spowodowane przez wady lub błędy w wykonaniu istniejące w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedział Ubezpieczający lub jego przedstawiciele;
   7) będące bezpośrednimi następstwami ciągłej eksploatacji, a w szczególności: normalnego zużycia, kawitacji, erozji, korozji, kamienia kotłowego;
   8) spowodowane działaniem wirusów komputerowych;
   9) spowodowane zaniechaniem obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych i remontów;
   10) powstałe na skutek eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia po zaistnieniu szkody, bez dokonania napraw, jeżeli niewykonanie napraw miało wpływ na powstanie drugiej szkody;
   11) górnicze w rozumieniu prawa górniczego.
2. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień §7, za szkody spowodowane przez:

1) pożar, bezpośrednie uderzenie pioruna, wybuch chemiczny z przyczyn innych niż spowodowany gazami spalinowymi w kotłach, huragan, powódź, zapadanie lub osuwanie się ziemi, lawina, zalanie przez wydostawanie się wody, innych cieczy lub par z urządzeń wodno-kanalizacyjnych lub technologicznych,
2) kradzież lub rabunek dokonany lub usiłowanie rabunku.

3. Użyte w § 6 ust. 2 określenia należy rozumieć jako:
1) pożar – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się samorzutnie;
2) wybuch chemiczny – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów, pary lub cieczy, wywołana reakcją chemiczną. Do wybuchu chemicznego zalicza się również implozję powstałą w wyniku gwałtownej reakcji chemicznej;
3) huragan – wichura, której działanie może wyrządzić masowe szkody lub wiatr o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/s potwierdzony orzeczeniem placówki meteorologicznej;
4) powódź – zalanie terenu w następstwie podniesienia się poziomu wody w korytach wód płynących i stojących wskutek naturalnych zjawisk, jak: nadmierne opady atmosferyczne, spływ wód po zboczach lub stokach na terenach górskich lub falistych, topnienie kry lodowej, tworzenie się zatorów lodowych, sztormu i podniesienia się poziomu morskich wód przybrzeżnych;
5) zapadanie się ziemi – obniżenie terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni powstałych w sposób naturalny a nie w wyniku jakiejkolwiek działalności człowieka (np. szkody górnicze lub budowlane);
6) osuwanie się ziemi – ruchy ziemi na stokach, niespowodowane działalnością człowieka;
7) lawina – gwałtowne zsuwanie się lub staczanie mas śniegu, lodu, skał lub kamieni ze zboczy górskich;
8) zalanie wskutek wydobywania się wody, innych cieczy lub par z urządzeń wodno-kanalizacyjnych lub technologicznych – szkody powstałe w następstwie:
a) niezamierzonego i niekontrolowanego wydobywania się wody, innych cieczy lub par z urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, c.o. lub innych przewodów i urządzeń technologicznych,
b) cofnięcia się ścieków z sieci kanalizacyjnej,
c) samoczynnego uruchomienia się instalacji tryskaczowych/zraszaczowych z innych przyczyn niż pożar, o ile nie nastąpiło ono wskutek prób ciśnieniowych, przebudowy lub naprawy instalacji tryskaczowej/zraszaczowej lub remontu budynku,
d) nieumyślnego pozostawienia otwartych kurków w sieci wodociągowej,
e) nieumyślnego zalania przez osoby trzecie.

4. WARTA nie ponosi także odpowiedzialności za:
1) jakiekolwiek koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z konserwacją, modernizacją, remontami lub naprawami gwarancyjnymi ubezpieczonych maszyn i urządzeń;
2) jakiekolwiek pośrednie następstwa zdarzeń, o których mowa w ust. 1, 2 oraz objętych pokryciem ubezpieczeniowym na podstawie niniejszych OWU.

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia
§ 7

1. Odpowiedzialność WARTY może zostać rozszerzona na wniosek Ubezpieczającego o następujące ryzyka, określone w klauzulach, o których mowa w § 5 ust. 2:
1) pożaru, bezpośredniego uderzenia pioruna, huraganu, powodzi, zapadania i osuwania się ziemi, lawiny, zalania przez wydostawanie się wody, innych cieczy lub par z urządzeń wodno-kanalizacyjnych lub technologicznych, kradzieży z włamaniem, rabunku dokonanego lub usiłowania rabunku (Klauzula 311),
2) podczas transportu na terytorium RP wskutek: wypadku drogowego, jakiemu uległ środek transportowy, pożaru, bezpośredniego uderzenia pioruna, huraganu, powodzi, kradzieży z włamaniem, rabunku dokonanego lub usiłowania rabunku (Klauzula 312),
3) bezpośrednie uderzenie pioruna, wewnętrzny ogień, wewnętrzny wybuch chemiczny, lub szkody powstałe w wyniku gaszenia ognia będącego skutkiem ww. zdarzeń (Klauzula 313).

Suma ubezpieczenia i składka
§ 8

1. Suma ubezpieczenia maszyn i urządzeń zgłaszanych do ubezpieczenia może być określona w następujących wartościach:
1) odtworzeniowej,
2) księgowej brutto.
2. Przez wartość odtworzeniową rozumie się cenę zakupu nowych maszyn i urządzeń tego samego rodzaju i wydajności lub o najbardziej zbliżonych parametrach technicznych oraz koszty transportu, cła, podatków i innych opłat oraz koszty budowy i/lub montażu, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia.
3. Przez wartość księgową brutto rozumie się księgową wartość początkową maszyn i urządzeń, z uwzględnieniem obowiązujących przeszacowań.
4. Jeżeli w okresie ubezpieczenia Ubezpieczający podwyższy wartość ubezpieczanego mienia poprzez dokonanie zmian technicznych, Ubezpieczający jest zobowiązany do zgłoszenia nowej sumy ubezpieczenia.
Nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia następnego po zgłoszeniu jej przez Ubezpieczającego.
5. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona przez Ubezpieczającego dla poszczególnego przedmiotu ubezpieczenia jest niższa od sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona na początku okresu ubezpieczenia lub w trakcie jego trwania, zgodnie z ust. 1 i 4, wysokość ustalonego odszkodowania określonego zgodnie z § 17 ust. 2, ulega zmniejszeniu w takiej proporcji, w jakiej ustalona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia pozostaje do sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona.
6. Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowania wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia do pierwotnej wysokości, w danym okresie ubezpieczenia, następuje na wniosek Ubezpieczającego po opłaceniu dodatkowej składki.
7. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia zgodnie z § 7 pkt 1 (Klauzula 311) WARTA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym może wprowadzić w formie limitu ograniczenie odpowiedzialności za szkody w mieniu z tytułu powodzi w zależności od stopnia zagrożenia miejsca ubezpieczenia występowaniem powyższego ryzyka.
8. Składka za ubezpieczenie ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka w oparciu o sumy ubezpieczenia określone przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, miejsca i okresu ubezpieczenia.
9. Składka ustalona w oparciu o ww. elementy może ulec podwyższeniu lub obniżeniu ze względu na przebieg szkodowy ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§ 9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, skierowanego do WARTY na formularzu lub w innej formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
1) nazwę i adres Ubezpieczającego;
2) miejsce ubezpieczenia;
3) model, numer fabryczny);
4) sumę ubezpieczenia określoną odrębnie dla każdego przedmiotu ubezpieczenia zgodnie z § 8;
5) okres ubezpieczenia;
6) zakres ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2, albo został sporządzony wadliwie, Ubezpieczający jest obowiązany na wezwanie WARTY odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma WARTY.
4. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości WARTY wszystkie znane sobie okoliczności, o które WARTA zapytywała w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach oraz zgłaszać niezwłocznie WARCIE zmiany tych okoliczności. W razie zawarcia przez WARTĘ umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4 niniejszego paragrafu nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, to postanowienie ust. 5 stosuje się odpowiednio do przedstawiciela Ubezpieczającego.
7. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust.2-4 spoczywają odpowiednio na Ubezpieczonym, o ile wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
8. WARTA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia w ciągu 14 dni od otrzymania wniosku o ubezpieczenie, zawierającego wszystkie dane niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia
§ 10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony, podany w dokumencie ubezpieczenia jako okres ubezpieczenia.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej odpowiedzialność WARTY rozpoczyna się od godz. 00:00 dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki (w całości lub pierwszej raty).
3. Jeżeli strony umówiły się, że WARTA ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty a składka lub jej pierwsza rata nie została uiszczona w oznaczonym terminie, WARTA może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiła odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności WARTY wówczas, gdy WARTA po upływie terminu zapłaty kolejnej raty składki wezwała Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialność WARTY kończy się:
1) z upływem okresu ubezpieczenia, o ile przed tym terminem Ubezpieczający nie złożył wniosku o przedłużenie ubezpieczenia;
2) z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia w przypadkach określonych w ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu oraz § 11;
3) w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia z chwilą wypłacenia przez WARTĘ odszkodowania w wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej dla danego przedmiotu ubezpieczenia, o ile suma ubezpieczenia nie zostanie podwyższona zgodnie z § 8 ust 6.

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana:
1) przez Ubezpieczającego, w drodze pisemnego miesięcznego wypowiedzenia, w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia;
2) przez każdą ze stron w drodze 14 dniowego wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, w przypadku określonym w § 13 ust. 5.
2. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia, prawa z umowy ubezpieczenia mogą być za zgodą WARTY potwierdzoną na piśmie, przeniesione na nabywcę przedmiotu. W razie przeniesienia praw, o których mowa powyżej, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą WARTY umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na zbywcę. Jeżeli prawa, o których mowa powyżej, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu na nabywcę.
3. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, o ile została ona zawarta na czas dłuższy niż 6 miesięcy w terminie 30 dni, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

§ 12

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia z przyczyn, o których mowa w § 10 i 11 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres udzielonej przez WARTĘ ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość należnej do zwrotu składki oblicza się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązki Ubezpieczającego
§ 13

1. Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony mienia, a w szczególności przepisów prawa budowlanego, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, odgromowej, Państwowej Inspekcji Pracy, normalizacji i o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami.
2. Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić przedstawicielom WARTY dokonanie lustracji ubezpieczonego mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. WARTA zastrzega sobie prawo do dokonywania ponownych lustracji po zawarciu umowy ubezpieczenia, o ile uzna to za wskazane. Ubezpieczający jest obowiązany udostępnić przedstawicielowi WARTY dokumenty związane z eksploatacją przedmiotów ubezpieczenia, a w szczególności dokumentację techniczno-ruchową, protokoły remontów, przeglądów konserwacyjnych i badań, protokoły pomiarów i prób eksploatacyjnych.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest powiadomić WARTĘ o wszelkich zmianach mogących mieć wpływ na ocenę przyjętego do ubezpieczenia ryzyka, o które WARTA zapytywała we wniosku o ubezpieczenie lub innej formie pisemnej oraz w odniesieniu do normalnych warunków prowadzenia działalności, jakimi są np. zmiana procesów technologicznych, prowadzenie prac modernizacyjnych, remontowych powstałych w czasie trwania umowy ubezpieczenia lub mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia szkody.
W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określony w niniejszym ustępie spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. 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.

§ 14

1. W razie zdarzenia mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody w przedmiocie ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych środków w celu zabezpieczenia zagrożonego mienia, a w przypadku powstania szkody dążyć do zmniejszenia jej skutków samodzielnie lub z pomocą powołanych do tego służb.
2. O powstaniu szkody Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić WARTĘ.
Uważa się, że wymóg ten jest spełniony, gdy Ubezpieczający dokona zgłoszenia poprzez stronę www WARTY lub telefonicznie najpóźniej w ciągu 2 dni roboczych od powstania szkody lub od dnia, w którym dowiedział się o szkodzie, ze wskazaniem charakteru i rozmiaru szkody. W przypadku zawarcia ubezpieczenia na cudzy rachunek zapisy niniejszego ustępu stosuje się również do Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu ubezpieczenia na jego rachunek.
3. Po zawiadomieniu WARTY stosownie do ust. 2 Ubezpieczający może przeprowadzić naprawę lub wymianę uszkodzonych części pod warunkiem, że WARTA wyrazi zgodę na taką naprawę lub wymianę; we wszystkich innych przypadkach Ubezpieczający obowiązany jest umożliwić

przedstawicielowi WARTY oględziny szkody przed przystąpieniem do naprawy lub wymiany. Jeżeli przedstawiciel WARTY nie przeprowadzi oględzin w ciągu 3 dni roboczych od daty pisemnego zawiadomienia o szkodzie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczający jest uprawniony do przystąpienia do napraw lub wymiany.

4. Ubezpieczający obowiązany jest zezwolić WARCIE na dokonanie czynności niezbędnych dla ustalenia okoliczności powstania szkody i wysokości odszkodowania, jak również udzielić WARCIE potrzebnych wyjaśnień oraz przedstawić dowody, w tym księgowe, których odpowiednio do stanu rzeczy zażąda WARTA. Ubezpieczający obowiązany jest również sporządzić, na podstawie posiadanych materiałów dowodowych i na własny koszt, obliczenie poniesionych strat, tzw. rachunek strat.
5. Ponadto w przypadku zajścia jakiegokolwiek zdarzenia, które spowoduje powstanie szkody, Ubezpieczający jest obowiązany:
   1) zachować uszkodzone części i udostępnić je przedstawicielowi lub rzeczoznawcy WARTY w celu przeprowadzenia oględzin;
   2) dostarczyć w ciągu 14 dni od daty zgłoszenia szkody informacje i dowody, jakich WARTA może zażądać, a w szczególności:
      – dowód ubezpieczenia i opłacenia składki;
      – protokół szkody, uwzględniający istotne dla sprawy okoliczności i dowody;
      – dokładne wyliczenie poniesionych strat, zgodnie z ustaleniami protokołu szkodowego;
      – cesję praw do odszkodowania;
      – inne dokumenty umożliwiające rozpatrzenie roszczenia, np. fakturę zakupu i wniesionych opłat celnych, oferty zakładów naprawczych z określeniem przewidywanego kosztu naprawy.
6. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 3-5 niniejszego paragrafu oraz w ust. 1 i 3 § 13, WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli niedopełnienie któregoś z tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody, jej rozmiarów, bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.
7. W przypadku nie wywiązywania się przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z obowiązków określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu, WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli miało to wpływ na zwiększenie szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
8. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe z powodu nie wywiązania się przez Ubezpieczającego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa z obowiązku określonego w ust. 1 niniejszego paragrafu.
9. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 13 ust. 4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia § 13 ust. 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 15

1. Za szkodę częściową uważa się utratę, uszkodzenie lub zniszczenie przedmiotu ubezpieczenia podlegającą odszkodowaniu w ramach niniejszych OWU, której wysokość nie przekroczy wartości rzeczywistej przedmiotu ubezpieczenia z dnia wydarzenia się szkody.
2. Za szkodę całkowitą uważa się utratę lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia podlegającą odszkodowaniu w ramach niniejszych OWU, której wysokość jest równa lub przekroczy wartość rzeczywistą przedmiotu ubezpieczenia z dnia wydarzenia się szkody.
3. Przez wartość rzeczywistą rozumie się wartość odpowiadającą kosztom odtworzenia przedmiotu ubezpieczenia określoną na dzień powstania szkody, pomniejszoną o stopień zużycia technicznego.

Wysokość szkody – wysokość odszkodowania

§ 16

1. W przypadku szkody częściowej wysokość szkody stanowią następujące koszty:
   1) poniesione w celu przywrócenia uszkodzonej maszyny lub urządzenia do poprzedniego stanu zdatności do użytku;
   2) demontażu i ponownego montażu poniesione w celu wykonania napraw;
   3) transportu do warsztatu naprawczego i z powrotem;
   4) cło, podatki i opłaty, w takim rozmiarze, w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia;
   5) określone w § 4 ust. 1, o ile takie koszty zostały zgłoszone do ubezpieczenia.
2. W przypadku szkody całkowitej za wysokość szkody przyjmuje się:
   1) w odniesieniu do przedmiotów, których suma ubezpieczenia została określona zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1):
      a) wartość rzeczywistą przedmiotu ubezpieczenia na dzień powstania szkody;
      b) koszty demontażu zniszczonej maszyny;
      c) koszty transportu, cła, opłat i podatków, w takim rozmiarze, w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia;
   2) w odniesieniu do przedmiotów, których suma ubezpieczenia została określona zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2) i ust. 4: wartość księgową brutto pomniejszoną o stopień zużycia technicznego.
3. WARTA pokrywa dodatkowo uzasadnione okolicznościami i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku ze zdarzeniem, objętym umową ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, a mianowicie:
   1) koszty zabezpieczenia ubezpieczonego mienia przed uszkodzeniem w przypadku bezpośredniego zagrożenia szkodą;
   2) koszty związane z ratunkiem ubezpieczonego i dotkniętego szkodą mienia, mające na celu niedopuszczenie do zwiększenia strat;
   3) koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie;
4. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt. 1) i 2) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia, a koszty wymienione w ust. 3 pkt 3) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia do 10% wysokości szkody ustalonej zgodnie z ust. 1 i 2.
5. Jeżeli koszty określone w ust. 3 dotyczą mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego WARTA pokrywa te koszty w takiej proporcji do ogólnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego, w jakiej wartość mienia ubezpieczonego pozostaje do wartości całego mienia. W przypadku niemożności ustalenia tych wartości WARTA pokryje 50% wartości tych kosztów.

§ 17

1. Ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania nastąpi na podstawie dowodów, o których mowa w § 14 ust. 5.
2. Wysokość odszkodowania ustala się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, o której mowa w § 16, z uwzględnieniem następujących zasad:
   1) od ustalonej wysokości szkody potrąca się wartość mienia dotkniętego szkodą, które z uwagi na rodzaj lub rozmiar uszkodzeń nadaje się jeszcze do dalszego użytku, sprzedaży, przeróbki lub odbudowy (tj. wartość pozostałości);
   2) od wartości ostatecznej sumy wyliczonego odszkodowania potrąca się franszyzę redukcyjną w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, przy czym jeżeli na skutek jednego zdarzenia zostanie utracony, zniszczony lub uszkodzony więcej niż jeden przedmiot ubezpieczenia, od wysokości odszkodowania potrąca się jedną najwyższą franszyzę redukcyjną przewidzianą dla tych przedmiotów ubezpieczenia.
3. Łączna wysokość ustalonego odszkodowania za wszystkie szkody powstałe w wyniku jednego zdarzenia nie może przekroczyć łącznej kwoty sum ubezpieczenia ustalonych dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, które uległy uszkodzeniu.

Wypłata odszkodowania

§ 18

1. Odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez WARTĘ zawiadomienia o wypadku.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY albo wysokości odszkodowania w terminie, o którym mowa w ust. 1 okazało się niemożliwe, odszkodowanie jest wypłacane w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienia tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsporną część odszkodowania WARTA wypłaca w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

§ 19

WARTA obowiązana jest uzasadnić na piśmie ustalenia dotyczące wysokości przyznanego odszkodowania lub jego odmowy, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania i poinformować Ubezpieczającego o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej w przypadku, gdy Ubezpieczający nie zgadza się z ustaleniami WARTY.

Roszczenia regresowe

§ 20

1. Z dniem zapłaty odszkodowania, roszczenie Ubezpieczającego do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na WARTĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli WARTA pokryła tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje pierwszeństwo w zaspokojeniu pozostałej części roszczeń przed roszczeniami regresowymi WARTY.
2. Ubezpieczający na wniosek WARTY zobowiązany jest przekazać posiadane przez siebie dokumenty i informacje niezbędne do skutecznego dochodzenia przez WARTĘ roszczeń regresowych.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 21

1. Z zastrzeżeniem sytuacji wskazanych w niniejszych OWU zawiadomienia i oświadczenia WARTY oraz Ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym na adres jednostki terytorialnej WARTY, na terenie której zawarto umowę ubezpieczenia, a w przypadku WARTY na adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.
2. Jeżeli którakolwiek ze stron zmieniła adres siedziby i nie zawiadomiła o tym drugiej strony skierowane na ostatni znany adres pismo wywiera skutki prawne od chwili, w której doszłoby, gdyby strona nie zmieniła siedziby.

Postanowienia końcowe

§ 22

1. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Ustawy o rachunkowości oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
3. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia do WARTY:
   1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
   2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
   3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
   4) w każdej jednostce WARTY, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

   Na wniosek klienta WARTA potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
   Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd WARTY.
   Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona www: https://www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (strona www: https://www.rf.gov.pl).
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego z umowy z ubezpieczenia, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie.
6. OWU maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk w powyższym brzmieniu mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 3 kwietnia 2018 roku.

Wiceprezes Zarządu	Prezes Zarządu
Jarosław NIEMIROWSKI	Jarosław PARKOT

SEKCJA II – UBEZPIECZENIE MASZYN I URZĄDZEŃ BUDOWLANYCH, SPRZĘTU, ZAPLECZA I WYPOSAŻENIA OD WSZYSTKICH RYZYK

Postanowienia ogólne

§ 1

Umowy ubezpieczenia maszyn i urządzeń budowlanych oraz sprzętu, zaplecza i wyposażenia od wszystkich ryzyk są zawierane na podstawie postanowień niniejszej Sekcji oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk Sekcja I z wyłączeniem: § 2, § 5, § 6, § 7, § 8, § 16 ust. 2.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień niniejszej Sekcji mogą być:
   1) maszyny i urządzenia budowlane,
   2) sprzęt, zaplecze i wyposażenie budowlane tj. narzędzia, sprzęt przeciwpożarowy, przenośniki, betonownie, generatory oraz obiekty tymczasowe takie jak pomieszczenia magazynowe, socjalne, warsztatowe, rusztowania, ogrodzenia oraz instalacja energetyczna i wodna, stanowiące własność lub znajdujące się w posiadaniu Ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego i użytkowane, zgodnie z ich przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Maszyny i urządzenia mogą być objęte ubezpieczeniem po pozytywnym zakończeniu prób eksploatacyjnych.
3. Maszyny i urządzenia są ubezpieczone w miejscu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej niezależnie od tego, czy są w ruchu, stanie spoczynku lub zostały zdemontowane w celu dokonania konserwacji.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. WARTA ponosi odpowiedzialność za nagłe, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego zniszczenie, uszkodzenie lub utratę przedmiotu ubezpieczenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie postanowień niniejszej Sekcji, jeśli szkody te powstaną z jakiejkolwiek przyczyny innej niż wyraźnie wyłączone przez postanowienia niniejszej Sekcji.
2. Zakres ubezpieczenia może ulec w celu dostosowania do ubezpieczanego
   1) klauzul nr 001, 006, 007 oraz Klauzuli Reprezentantów wymienionych w załączniku do OWU maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk Sekcja I;
      oraz
   2) klauzul wymienionych w załączniku do OWU maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk Sekcja II;

Ograniczenia odpowiedzialności
§ 4

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
   1) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, buntu, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny domowej, sabotażu, aktów terrorystycznych rozumianych jako użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych, skierowanych przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia;
   2) zajęcia przedmiotu ubezpieczenia przez uprawnione władze;
   3) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   4) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi;
2. WARTA nie odpowiada ponadto za szkody:
   1) spowodowane awarią elektryczną lub mechaniczną, rozerwaniem, zepsuciem, zamarznięciem czynnika chłodzącego lub innego płynu, wadliwym smarowaniem lub brakiem oleju lub czynnika chłodzącego, jednakże jeżeli w następstwie takiej awarii nastąpi uszkodzenie zewnętrzne to takie uszkodzenie objęte jest ochroną ubezpieczeniową;
   2) za które sprzedawca, producent, dostawca lub wykonujący naprawy jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady;
   3) spowodowane przez wady lub błędy w wykonaniu istniejące w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedział Ubezpieczający lub osoby działające z jego upoważnienia i/ub w jego imieniu;
   4) spowodowane normalnym zużyciem, korozją, utlenieniem, powstawaniem osadów, pogorszeniem jakości spowodowanym nieużywaniem, ciągłym działaniem normalnych warunków atmosferycznych;
   5) spowodowane wybuchem kotła lub zbiornika ciśnieniowego;
   6) powstałe na skutek eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia po zaistnieniu szkody; bez dokonania napraw, jeżeli niewykonanie napraw miało wpływ na powstanie drugiej szkody;
   7) górnicze w rozumieniu prawa górniczego;
   8) powstałe w trakcie transportu;
   9) spowodowane całkowitym lub częściowym zatopieniem przedmiotu ubezpieczenia przez wody pływowe tj. wody morskie lub oceaniczne charakteryzujące się regularnymi ruchami spowodowanymi grawitacyjnym oddziaływaniem Księżyca;
   10) w pojazdach podlegających obowiązkowej rejestracji, powstałe poza miejscem ubezpieczenia;
   11) w taborze pływającym i statkach powietrznych;
   12) w maszynach i/lub urządzeniach pracujących pod ziemią;
   13) nie przekraczające kwoty franszyzy redukcyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia;
   14) polegające na kradzieży mienia, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem i rabunku, za które WARTA ponosi odpowiedzialność.
   Przez określenia kradzież z włamaniem i rabunek należy rozumieć:
   a) kradzież z włamaniem: zabór mienia dokonany po sforsowaniu istniejących zabezpieczeń przy użyciu siły i narzędzi lub usunięciu przeszkody materialnej będącej częścią konstrukcji lub specjalnym zamknięciem maszyny;
   b) rabunek: zabór mienia w celu jego przywłaszczenia z zastosowaniem przemocy lub groźby jej natychmiastowego użycia w stosunku do Ubezpieczającego lub osób przez niego zatrudnionych.
3. WARTA nie ponosi także odpowiedzialności za:
   1) szkody spowodowane zaniechaniem obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych i remontów;
   2) jakiekolwiek pośrednie następstwa zdarzeń objętych ochroną na podstawie niniejszej Sekcji.

Suma ubezpieczenia i składka
§ 5

1. Suma ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia może być określona w następujących wartościach:
   1) w odniesieniu do maszyn i urządzeń budowlanych:
      a) wartości odtworzeniowej, przez którą rozumie się cenę zakupu nowych maszyn tego samego rodzaju i wydajności lub o najbardziej zbliżonych parametrach technicznych łącznie z kosztami transportu, cłem, podatkami (np. VAT) i innymi opłatami (np. notarialnymi, skarbowymi)
      lub
      b) wartości księgowej brutto, przez którą rozumie się księgową wartość początkową maszyn, z uwzględnieniem obowiązujących przeszacowań.
   2) w odniesieniu do sprzętu, zaplecza i wyposażenia – w wysokości przypuszczalnej maksymalnej szkody, jaka może powstać w ubezpieczonym mieniu wskutek jednego zdarzenia.
2. Jeżeli w okresie ubezpieczenia Ubezpieczający podwyższy wartość ubezpieczanego mienia poprzez dokonanie zmian technicznych, Ubezpieczający jest zobowiązany do zgłoszenia nowej sumy ubezpieczenia.
   Nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywała od dnia następnego po zgłoszeniu jej przez Ubezpieczającego.
3. Jeżeli suma ubezpieczenia ustalona przez Ubezpieczającego dla poszczególnego przedmiotu ubezpieczenia jest niższa od sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona na początku okresu ubezpieczenia lub w trakcie jego trwania, zgodnie z ust. 1 i 2, wysokość ustalonego odszkodowania określonego zgodnie z OWU Sekcja I § 17 ust. 2, ulega zmniejszeniu w takiej proporcji, w jakiej ustalona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia pozostaje do sumy ubezpieczenia, która powinna być zgłoszona.
4. Postanowienie ust. 3 nie dotyczy przedmiotu ubezpieczenia, którego suma ubezpieczenia ustalana jest zgodnie z ust. 1 pkt 2).
5. Suma ubezpieczenia ustalana przez Ubezpieczającego dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia.
6. Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowania wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia do pierwotnej wysokości, w danym okresie ubezpieczenia, następuje na wniosek Ubezpieczającego po opłaceniu dodatkowej składki.
7. WARTA w uzgodnieniu z Ubezpieczającym może wprowadzić w formie limitu ograniczenie odpowiedzialności za szkody w mieniu z tytułu powodzi w zależności od stopnia zagrożenia miejsca ubezpieczenia występowaniem powyższego ryzyka.
8. Składka za ubezpieczenie ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka w oparciu o sumy ubezpieczenia określone przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem przedmiotu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, miejsca i okresu ubezpieczenia.
9. Składka ustalona w oparciu o ww. elementy może ulec podwyższeniu lub obniżeniu ze względu na przebieg szkodowy ubezpieczenia.

Wysokość szkody – wysokość odszkodowania
§ 6

1. W przypadku szkody częściowej za wysokość szkody przyjmuje się następujące koszty:
   1) poniesione w celu przywrócenia uszkodzonej maszyny lub urządzenia do poprzedniego stanu zdatności do użytku;
   2) demontażu i ponownego montażu poniesione w celu wykonania napraw;
   3) transportu do warsztatu naprawczego i z powrotem;
   4) cło, podatki i opłaty, w takim rozmiarze, w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia;
   5) określone w OWU Sekcja I § 4 ust. 1, o ile takie koszty zostały zgłoszone do ubezpieczenia.
2. W przypadku szkody całkowitej za wysokość szkody przyjmuje się:
   1) w odniesieniu do przedmiotów, których suma ubezpieczenia została określona zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 1) ppkt a) oraz pkt 2):
      a) wartość rzeczywistą przedmiotu ubezpieczenia na dzień powstania szkody;
      b) koszty demontażu zniszczonej maszyny;
      c) koszty transportu, cła, opłat i podatków, w takim rozmiarze, w jakim zostały poniesione przez Ubezpieczającego, i pod warunkiem, że zostały uwzględnione przy ustalaniu sumy ubezpieczenia;
   2) w odniesieniu do przedmiotów, których suma ubezpieczenia została określona zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 1) ppkt b): wartość księgową brutto pomniejszoną o stopień zużycia technicznego.
3. WARTA pokrywa dodatkowo uzasadnione okolicznościami i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku ze zdarzeniem, objętym umową ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, a mianowicie:
   1) koszty zabezpieczenia ubezpieczonego mienia przed uszkodzeniem w przypadku bezpośredniego zagrożenia szkodą;
   2) koszty związane z ratunkiem ubezpieczonego i dotkniętego szkodą mienia, mające na celu niedopuszczenie do zwiększenia strat;
   3) koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie.
4. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt. 1) i 2) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia, a koszty wymienione w ust. 3 pkt 3) pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia do 10% wysokości szkody ustalonej zgodnie z ust. 1 i 2.
5. Jeżeli koszty określone w ust. 3 dotyczą mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego WARTA pokrywa te koszty w takiej proporcji do ogólnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego, w jakiej wartość mienia ubezpieczonego pozostaje do wartości całego mienia. W przypadku niemożności ustalenia tych wartości WARTA pokryje 50% wartości tych kosztów.

SEKCJA III – UBEZPIECZENIE UTRATY ZYSKU BRUTTO WSKUTEK USZKODZEŃ MASZYN I URZĄDZEŃ

Postanowienia ogólne
§ 1

1. Umowy ubezpieczenia utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń zawierane są na podstawie postanowień niniejszej Sekcji oraz: § 1, § 6 ust. 3, § 9 z wyłączeniem ust. 2 pkt 4), § 10 ust. 2-4, ust. 5 pkt 2), § 11, § 12 ust. 2, § 13 ust. 1,4 i 5, § 14 ust. 2, 6 ,7 i 9, § 18-22 Sekcji I Ogólnych Warunków Ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk.
2. WARTA zawiera umowy, o których mowa w ust. 1 z przedsiębiorcami (zwanymi dalej Ubezpieczającym), którzy prowadzą księgi rachunkowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 2018.395 j.t z późn. zm.) i obowiązującymi w tym zakresie przepisami wydawanymi przez Ministra Finansów.
3. Warunkiem ubezpieczenia utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń jest zawarcie z WARTĄ umowy ubezpieczenia tych maszyn i/lub urządzeń od wszystkich ryzyk na podstawie postanowień Sekcji I niniejszych OWU.

§ 2

1. Ilekroć w niniejszej Sekcji użyte są poniższe określenia należy przez nie rozumieć:
   1) **szkoda w mieniu** – nagłe, nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczającego zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonych maszyn i/lub urządzeń, znajdujących się w miejscu ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia, wywołujące konieczność ich natychmiastowej naprawy bądź wymiany, o ile za takie zniszczenie lub uszkodzenie WARTA ponosi odpowiedzialność zgodnie z § 5 ust 1. Sekcji I niniejszych OWU.
   2) **zysk brutto** – określoną w umowie ubezpieczenia kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy:
   sumą wartości obrotu, wyrobów gotowych, półproduktów oraz produkcji w toku według stanu na koniec roku obrotowego, chyba że postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia wskazują inny termin
   a
   sumą wartości wyrobów gotowych, półproduktów oraz produkcji w toku według stanu na początek roku obrotowego, chyba że postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia wskazują inny termin oraz nieubezpieczonych kosztów wytwarzania.
   Wartości wyrobów gotowych, półproduktów oraz produkcji w toku uzyskuje się z zapisów księgowych prowadzonych przez Ubezpieczającego, po urealnieniu przez niego ich wartości,
   3) **nieubezpieczone koszty wytwarzania (koszty zmienne)** – koszty, których wysokość uzależniona jest bezpośrednio od produkcji, ulegające redukcji wraz ze spadkiem wartości obrotu, wskutek przerwy lub zakłócenia w działalności gospodarczej Ubezpieczającego,
   4) **wskaźnik zysku brutto** – procentowy udział zysku brutto w wartości obrotu uzyskanego w zamkniętym roku obrotowym poprzedzającym datę powstania szkody w mieniu,
   5) **okres odszkodowawczy** – okres faktycznych zakłóceń lub przerwy w działalności Ubezpieczającego, rozpoczynający się w dniu powstania szkody w mieniu i trwający tak długo, jak długo szkoda wywierać będzie ujemne skutki na wyniki prowadzonej działalności gospodarczej, jednakże nie dłużej niż do końca określonego w umowie ubezpieczenia maksymalnego okresu odszkodowawczego,
   6) **obrót** – sumę przychodów uzyskanych lub należnych Ubezpieczającemu z tytułu sprzedanych lub dostarczonych produktów i/lub towarów oraz świadczonych usług, w ramach prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności, w miejscu ubezpieczenia, określonym w umowie ubezpieczenia,
   7) **obrót roczny** – obrót, jaki Ubezpieczający uzyskał w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania szkody w mieniu,
   8) **obrót standardowy** – obrót, jaki Ubezpieczający uzyskał w analogicznym okresie równym okresowi odszkodowawczemu z okresu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę powstania szkody w mieniu (z odpowiednią korektą jeżeli okres odszkodowawczy przekracza 12 m-cy),
   9) **franszyza redukcyjna** – ustaloną w umowie ubezpieczenia kwotę stałą albo kwotę obliczoną przez przemnożenie średniej dziennej wartości utraconego zysku brutto w okresie odszkodowawczym przez określoną w umowie ubezpieczenia liczbę dni.
2. Wartości, o których mowa w ust. 1 pkt. 4, 7 i 8 będą tak korygowane przez WARTĘ, aby uwzględniały trendy zachodzące na rynku, specjalne okoliczności i uwarunkowania, które miały wpływ na przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczającego przed szkodą w mieniu i miałyby wpływ nadal, gdyby szkoda w mieniu nie powstała. Taka korekta pozwoli określić maksymalnie przybliżone wyniki które, gdyby nie szkoda w mieniu, Ubezpieczający mógłby osiągnąć w danym okresie po powstaniu szkody w mieniu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
§ 3

1. W granicach sumy ubezpieczenia WARTA odpowiada za utratę przewidywanego zysku brutto powstałą w następstwie zakłócenia lub przerwy w działalności gospodarczej Ubezpieczającego, spowodowanej bezpośrednio szkodą w mieniu, w rozumieniu §2 ust. 1 pkt 1), z zastrzeżeniem § 5.
2. Na wniosek Ubezpieczającego istnieje możliwość rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o:
   1) Koszty biegłych rewidentów ponad wysokość tych kosztów, gwarantowaną zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 3 – po opłaceniu dodatkowej składki.
   2) Klauzulę „Odpowiedzialność dodatkowa" (Leeway), wymienioną w załączniku do OWU maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk Sekcja III.

Miejsce ubezpieczenia
§ 4

O ile nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem zostają objęte wszystkie lokalizacje na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej określone w umowie ubezpieczenia, zajmowane przez Ubezpieczającego, w których znajdują się ubezpieczone maszyny i/lub urządzenia i w których prowadzona jest przez Ubezpieczającego statutowa działalność gospodarcza.

Ograniczenia odpowiedzialności
§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje utraty zysku brutto powstałej w bezpośrednim lub pośrednim następstwie:
   1) przyczyn określonych w § 6 ust. 1 pkt 1), 3), 4), 8)-11) oraz ust. 2 Sekcji I niniejszych OWU,

2) upadku statku powietrznego lub jego części, opadów atmosferycznych, cyklonu, wybuchu wulkanu, trzęsienia ziemi lub innych katastrof naturalnych, zawalenia się budynku/ budowli lub ich części,
3) szkód powstałych bezpośrednio lub pośrednio wskutek prób eksploatacyjnych, celowego przeciążenia, doświadczeń lub eksperymentów przeprowadzonych w nadzwyczajnych dla danej maszyny i/lub urządzenia warunkach,
4) uszkodzeń, wad, defektów lub błędów w wykonaniu maszyny i/lub urządzenia istniejących w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których wiedzieli Ubezpieczający lub jego Przedstawiciele lub przy zachowaniu należytej staranności mogli się dowiedzieć, niezależnie od faktu, czy o takich uszkodzeniach, wadach, defektach lub błędach w wykonaniu wiedziała WARTA,
5) szkód, za które producent, dostawca, wykonujący naprawy lub prace konserwacyjne albo prace remontowe lub modernizacyjne jest odpowiedzialny z tytułu gwarancji lub rękojmi za wady,
6) naprawy lub wymiany maszyny i/lub urządzenia wymaganej z powodu bezpośredniego uszkodzenia w wyniku normalnego zużycia, kawitacji, erozji, korozji, osadów kamienia kotłowego, szlamu i innego rodzaju osadów, działania środków żrących lub starzenia izolacji, rdzy lub zarysowania malowanych lub polerowanych powierzchni lub z powodu jakichkolwiek innych bezpośrednich nasilających się lub trwałych wpływów, wynikających z warunków pracy bądź reakcji chemicznych lub czynników atmosferycznych lub otoczenia, w którym taka maszyna i/lub urządzenie pracują,
7) jakichkolwiek ograniczeń, dotyczących odtworzenia/ odbudowy lub działań nałożonych przez uprawnione władze,
8) braku u Ubezpieczonego wystarczających środków na naprawę lub wymianę zniszczonych lub uszkodzonych maszyn i/lub urządzeń we właściwym czasie i możliwie jak najszybsze wznowienie działalności,
9) szkód w maszynach i/lub urządzeniach oraz ich dodatkowych instalacjach nie wymienionych w umowie ubezpieczenia lub jakimkolwiek załączniku do niej, chociażby szkoda ta powstała na skutek uszkodzenia lub zniszczenia maszyny i/lub urządzenia objętego ubezpieczeniem.

2. Ponadto WARTA nie odpowiada za utratę zysku brutto spowodowaną szkodami w:
1) wymienialnych narzędziach wszelkiego rodzaju, takich jak matryce, wiertła, rozdrabniarki, formy odlewnicze, noże, ostrza i brzeszczoty, piły, kamienie i stemple,
2) częściach, które ze względu na swoje przeznaczenie, charakter użytkowania i/lub własności ulegają szybkiemu zużyciu, a w szczególności w wykładzinach ogniotrwałych i antykorozyjnych, powłokach ognioochronnych, taśmach przesyłowych, sitach i wężach, ogumieniu, okładzinach, opaskach z tkanin i tworzyw sztucznych, szczotkach, linach, łańcuchach, pasach, bateriach, akumulatorach, oponach, częściach szklanych, porcelanowych i ceramicznych, obudowach i rusztach pieców oraz palenisk, a także dyszach palników itp.,
3) materiałach eksploatacyjnych wszelkiego rodzaju, takich jak paliwo, gaz, płyny chłodzące, katalizatory, płyny i środki smarne, z wyjątkiem olejów w transformatorach i wyłącznikach, które pełnią rolę izolacyjną,
4) fundamentach lub podmurówkach, chyba że są one wyraźnie włączone i opisane w umowie ubezpieczenia,
5) materiałach, półproduktach, wyrobach gotowych, towarach handlowych niezbędnych do prowadzenia działalności.

3. Ponadto WARTA nie odpowiada za utratę zysku brutto spowodowaną:
1) takimi przyczynami jak wstrzymanie, odstąpienie lub rozwiązanie lub upływ terminu ważności umowy leasingu, dzierżawy, koncesji, licencji lub zamówienia lub tym podobnej umowy, które powstały po dokonaniu naprawy lub wymiany maszyn i/lub urządzeń, w przypadku, gdy działalność mogłaby być wznowiona lub poziom obrotów mógłby być przywrócony do stanu sprzed szkody w mieniu, gdyby umowa leasingu, dzierżawy, koncesje, licencje, zamówienia lub tym podobne umowy nie zostały wstrzymane lub rozwiązane lub nie upłynął termin ich ważności,
2) niemożnością ściągnięcia należności w rezultacie utraty dokumentów księgowych ,
3) utratą danych zapisanych elektronicznie lub utraty nośników danych,
4) szkodami, za które WARTA nie ponosi odpowiedzialności w umowie ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk, zawartej na podstawie Sekcji I niniejszych OWU,
5) szkodami, za które WARTA ponosi odpowiedzialność na podstawie któregokolwiek z postanowień dodatkowych lub klauzul zapisanych w umowie ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk, które to postanowienia lub klauzule rozszerzają zakres ochrony ubezpieczenia poza zakres określony w § 5 ust. 1 Sekcji I niniejszych OWU.

4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje utraty zysku brutto powstałej lub zwiększonej wskutek:
1) nadzwyczajnych zdarzeń zaistniałych w okresie zakłóceń w działalności gospodarczej, które nie były skutkiem szkody w mieniu, w rozumieniu §2 ust.1 pkt 1).
2) nieuzasadnionej zwłoki Ubezpieczającego w podjęciu działalności gospodarczej,
3) innowacji i ulepszeń wprowadzonych w trakcie odbudowy zniszczonych lub uszkodzonych maszyn i/lub urządzeń,

5. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
1) koszty surowców, materiałów pomocniczych, produkcyjnych lub otrzymanych w celu sprzedaży oraz koszty energii elektrycznej, chyba że są to koszty niezbędne do kontynuowania działalności,
2) podatek VAT, podatek akcyzowy i opłaty celne,
3) opłaty frachtowe i pozostałe opłaty transportowe, o ile nie ma stałych umownych zobowiązań,
4) składka ubezpieczeniowa zależna od obrotu,
5) honoraria autorskie i za patenty zależne od obrotu,
6) koszty i straty z operacji giełdowych i innych inwestycji kapitałowych nie związanych z działalnością produkcyjną, handlową lub usługową,
7) kary pieniężne, grzywny i odszkodowania, do których wypłaty Ubezpieczający będzie obowiązany w przypadku nie wywiązywania się z zobowiązań wskutek zaistniałej szkody.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 6

1. Sumę ubezpieczenia stanowi kwota ustalona przez Ubezpieczającego na podstawie danych podanych we wniosku o ubezpieczenie utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń i załączonego do wniosku załącznika nr 2 „Kalkulacja sumy ubezpieczenia zysku brutto" za ostatni zakończony rok obrotowy.
2. Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać wartości przewidywanego zysku brutto, w rozumieniu §2 ust. 1. pkt 2), z uwzględnieniem dynamiki wzrostu/spadku obrotu, sezonowości, trendów rynkowych, oraz innych czynników i uwarunkowań, mających wpływ na ubezpieczoną działalność Ubezpieczającego, oraz długości maksymalnego okresu odszkodowawczego określonego w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku podmiotów rozpoczynających działalność lub prowadzących ją krócej niż rok, suma ubezpieczenia określana jest na podstawie wartości planowanych w maksymalnym okresie odszkodowawczym.
4. Wszelkie dane e, które posłużyły Ubezpieczającemu do wyliczenia sumy ubezpieczenia, powinny być poświadczone przez głównego księgowego lub biegłego rewidenta.
5. Wszelkie koszty związane z ustaleniem sumy ubezpieczenia są ponoszone przez Ubezpieczającego.
6. Suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY.
7. Składka za ubezpieczenie ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną przez Ubezpieczającego z uwzględnieniem rodzaju prowadzonej działalności, miejsca i okresu ubezpieczenia, długości maksymalnego okresu odszkodowawczego, wysokości franszyzy redukcyjnej oraz przebiegu szkodowego ubezpieczenia. Przebieg szkodowy ubezpieczenia ma wpływ na zastosowaną zniżkę lub podwyżkę składki ubezpieczeniowej.
WARTA zastrzega sobie prawo ustalenia składki w zależności od indywidualnej oceny ryzyka.
8. Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości zysku brutto zadeklarowanej we wniosku ubezpieczeniowym, wówczas Ubezpieczający powinien zgłosić ten fakt WARCIE w celu podwyższenia sumy ubezpieczenia, opłacając dodatkową składkę wyliczoną

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Wniosek ubezpieczeniowy powinien zawierać co najmniej dane określone w § 9 ust. 2 pkt 1)-3), 5) i 6) Sekcji I niniejszych OWU, maszyn i/lub urządzeń zgodnie z załącznikiem nr 1 do wniosku, maksymalny okres odszkodowawczy oraz kalkulację sumy ubezpieczenia zgodnie z § 6.
2. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 9 ust. 1, 3-8 Sekcji I niniejszych OWU.

Okres ubezpieczenia i czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy (okres ubezpieczenia), który powinien się pokrywać z rokiem obrotowym Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust 2.
2. Jeżeli okres ubezpieczenia rozpoczyna się w trakcie trwania roku obrotowego, jego koniec powinien pokrywać się z końcem roku obrotowego, a ubezpieczenie będzie traktowane jako krótkoterminowe, chyba że postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia wskazują inaczej.
3. Okres ubezpieczenia utraty zysku brutto nie może wykraczać poza okres ubezpieczenia wskazany w umowie ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk, zawartej na podstawie Sekcji I niniejszych OWU.
4. Odpowiedzialność WARTY kończy się:
1) z upływem okresu ubezpieczenia,
2) w dniu zaprzestania działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego z innej przyczyny niż szkoda w mieniu objęta ochroną ubezpieczeniową,
3) z chwilą odstąpienia od/rozwiązania umowy ubezpieczenia maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk, o której mowa w § 1 ust. 3.

5. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 10 ust 2-4, ust. 5 pkt 2) Sekcji I niniejszych OWU.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana z chwilą zbycia ubezpieczanych maszyn i/lub urządzeń, chyba że WARTA wyrazi pisemną zgodę na przeniesienie praw i obowiązków z tytułu umowy ubezpieczenia na nabywcę.
2. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 11 Sekcji I niniejszych OWU.

§ 10

1. Odstąpienie od lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia z przyczyn, o których mowa w §§ 8 i 9 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres udzielonej przez WARTĘ ochrony ubezpieczeniowej.
2. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 12 ust. 2 Sekcji I niniejszych OWU.

§ 11

WARTA odpowiada za utratę zysku brutto w granicach okresu odszkodowawczego, od dnia wystąpienia szkody w mieniu do dnia, w którym szkoda przestała wywierać ujemne skutki na wyniki działalności gospodarczej Ubezpieczającego, ale nie dłużej niż maksymalny okres odszkodowawczy określony w umowie ubezpieczenia.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 12

1. W razie zdarzenia mogącego pociągnąć za sobą powstanie szkody, która może spowodować utratę zysku, Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić WARTĘ w terminie i w sposób określony w § 14 ust.2 Sekcji I niniejszych OWU.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową WARTA niezwłocznie przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, a także pisemnie informuje Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
3. Z chwilą powstania szkody w mieniu Ubezpieczający:
1) obowiązany jest podjąć niezbędne kroki w celu uniknięcia lub zminimalizowania spadku obrotu, uzyskując uprzednio akceptację WARTY. Jednakże, jeśli ze względu na pilność sprawy Ubezpieczający nie będzie w stanie uzyskać takiej akceptacji przed podjęciem działań, a poniesione przez niego dodatkowe koszty okażą się uzasadnione, WARTA uwzględni je przy wyliczaniu odszkodowania, w ramach wzrostu kosztów wytwarzania, zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 2),
2) niezwłocznie powiadomi miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która powstała lub mogła powstać w wyniku przestępstwa,
3) nie później niż w ciągu 30 dni po upływie okresu odszkodowawczego lub w innym okresie uzgodnionym z WARTĄ dostarczy WARCIE na własny koszt, szczegółowych informacji odnośnie wysokości poniesionych strat i wysokości roszczenia, a także danych wymaganych przez WARTĘ, dotyczących ubezpieczenia mienia wykorzystywanego przez Ubezpieczającego do prowadzenia działalności gospodarczej w miejscu ubezpieczenia oraz powstałej szkody w mieniu,
4) umożliwi WARCIE i/lub powołanym przez WARTĘ ekspertom dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzieli pomocy i wyjaśnień w celu ustalenia wysokości odszkodowania, a w szczególności udostępni wszystkie księgi rachunkowe, pokwitowania, faktury, rachunki, bilanse, dowody lub inną ewidencję dotyczącą prowadzonej działalności gospodarczej.

4. W przypadku powstania szkody w mieniu, powodującej utratę zysku brutto Ubezpieczający oraz WARTA mają prawo powołania własnych ekspertów w celu wyliczenia wysokości odszkodowania należnego z tytułu umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że:
1) każda ze stron ponosi koszty ekspertyzy sporządzonej przez eksperta przez nią powołanego,
2) w przypadku, kiedy jedna ze stron nie zgadza się z wyliczeniem odszkodowania wykonanego przez drugą stronę, WARTA i Ubezpieczający wyznaczą wspólnie neutralnego eksperta, którego ekspertyza będzie ostateczna i wiążąca dla obu stron, przy czym koszty powołania neutralnego eksperta obie strony ponoszą w równych częściach.

5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe z powodu nie wywiązania się przez Ubezpieczającego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa z obowiązków określonych w ust. 3 pkt 1) niniejszego paragrafu.
6. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 13 ust. 1, 4 i 5 oraz § 14 ust. 2, 6, 7 i 9 Sekcji I niniejszych OWU.

§ 13

1. Do obowiązków Ubezpieczającego należy ponadto:
1) prowadzenie ksiąg rachunkowych, przechowywanie i chronienie dokumentacji (tzw. „zbiory") zgodnie z obowiązującymi przepisami, a zwłaszcza Ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U.2018.395 j.t z późn. zm.) oraz w taki sposób, aby nie mogły one ulec zniszczeniu,
2) umożliwienie WARCIE wglądu do dokumentów przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. WARTA zastrzega sobie prawo przedłożonych przez Ubezpieczającego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem wysokości odszkodowania.

§ 14

W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w § 12 ust. 3 pkt 2)-4) oraz § 13, WARTA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli niedopełnienie któregoś z tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody, jej rozmiarów, bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.

Ustalenie wysokości odszkodowania

§ 15

1. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej Sekcji jest ograniczona do wartości utraconego zysku brutto, w związku ze spadkiem obrotu i wzrostem kosztów wytwarzania, a wysokość odszkodowania ustalana jest następująco:
1) w odniesieniu do spadku obrotu: kwota uzyskana przez przemnożenie wskaźnika zysku brutto przez kwotę, o jaką obrót uzyskany w okresie odszkodowawczym, zmniejszył się, w następstwie szkody w mieniu, w stosunku do obrotu standardowego,
2) w odniesieniu do wzrostu kosztów wytwarzania: dodatkowe koszty (z zastrzeżeniem § 17 ust. 2 w niezbędny i uzasadniony sposób poniesione przez Ubezpieczającego tylko i wyłącznie w celu uniknięcia lub ograniczenia spadku obrotu, który – gdyby nie te koszty – nastąpiłby w okresie odszkodowawczym, w następstwie szkody w mieniu. Koszty te nie mogą

przekroczyć kwoty wyliczonej poprzez pomnożenie wskaźnika zysku brutto przez wartość uniknięte go w ten sposób spadku obrotu.

2. Od wysokości odszkodowania ustalonej zgodnie z ust. 1 odejmuje się wszelkie zaoszczędzone w okresie odszkodowawczym opłaty i koszty obciążające zysk brutto, których Ubezpieczający nie musiał ponosić lub poniósł w ograniczonym zakresie w związku z powstałą szkodą.

§ 16

1. Przy obliczaniu wysokości odszkodowania uwzględnione zostaną trendy, szczególne okoliczności i uwarunkowania, które miałyby wpływ na rozwój i przebieg działalności gospodarczej Ubezpieczającego przed lub po powstaniu szkody w mieniu albo wpłynęłyby na przebieg tej działalności, gdyby szkoda w mieniu nie powstała.
2. Jeśli w okresie odszkodowawczym Ubezpieczający lub osoby działające w jego imieniu będą miały możliwość kontynuowania działalności gospodarczej w innym miejscu niż miejsce ubezpieczenia, przychód uzyskany lub należny z tytułu sprzedaży produktów i/lub towarów lub świadczenia usług zostanie uwzględniony przy obliczaniu obrotu uzyskanego w okresie odszkodowawczym.

§ 17

1. Jeśli suma ubezpieczenia wraz z dodatkowym limitem wynikającym z Klauzuli „Odpowiedzialność dodatkowa" (Leeway) (o ile została włączona do umowy ubezpieczenia) okaże się niższa od kwoty powstałej poprzez pomnożenie wskaźnika zysku brutto przez obrót roczny (odpowiednio zwiększony, gdy maksymalny okres odszkodowawczy przekracza 12 miesięcy) to odszkodowanie wyliczone zgodnie z postanowieniami §§ 15 i 16 zostanie zmniejszone w takiej proporcji, w jakiej suma ubezpieczenia wraz z dodatkowym limitem pozostaje do wartości, o której mowa powyżej.
2. Jeżeli pewne koszty stałe związane z prowadzoną działalnością gospodarczą Ubezpieczającego nie będą ubezpieczone w ramach niniejszej Sekcji (będą odliczone przy kalkulacji zysku brutto rozumianego zgodnie z określoną w § 2 ust 1 pkt 2)), wówczas kwota dodatkowych kosztów podlegająca rekompensacie w ramach wzrostu kosztów wytwarzania zostanie wyliczona w takiej proporcji, w jakiej pozostaje zysk brutto do sumy zysku brutto i nieubezpieczonych kosztów stałych.
3. Szczegółowe dane i informacje, których WARTA będzie wymagać na podstawie § 12 mogą być opracowane i przedstawione na podstawie ksiąg rachunkowych i innych dokumentów księgowych Ubezpieczającego, przez biegłego rewidenta, który bada księgi rachunkowe Ubezpieczającego. Dane i informacje przedstawione przez biegłego rewidenta będą dowodem prima facie w odniesieniu do oceny wysokości roszczenia i ustalenia odszkodowania. WARTA wypłaci Ubezpieczającemu uzasadnione koszty stanowiące kwoty płatne temu biegłemu rewidentowi z tytułu opracowania przez niego takich szczegółowych informacji, danych, dowodów, zaświadczeń (z wyłączeniem kosztów poniesionych na przygotowanie roszczenia) oraz w związku z oświadczeniem, że takie informacje i dane są zgodne z księgami rachunkowymi lub innymi dokumentami księgowymi Ubezpieczającego, pod warunkiem, że kwota wypłacona na podstawie niniejszego ustępu oraz kwota wypłacona z tytułu utraty zysku brutto nie przekroczy ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia ustalono odrębny limit odpowiedzialności dla takich kosztów.
4. Odszkodowanie określone zgodnie z §§ 15, 16 i 17 pomniejszone zostanie o franszyzę redukcyjną ustaloną w umowie ubezpieczenia.

Wypłata odszkodowania

§ 18

1. WARTA wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia Ubezpieczonego, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Jeżeli na koniec jednego miesiąca od początku przerwy lub zakłócenia w działalności oraz na koniec każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego możliwe będzie ustalenie bezspornej kwoty odszkodowania przed całkowitym upływem okresu odszkodowawczego, Ubezpieczający może wystąpić do WARTY z wnioskiem o wypłatę owej kwoty, która zostanie zaliczona na poczet całości odszkodowania.
   Wypłacane kwoty częściowe nie mogą przewyższyć takiej części szacunkowej kwoty odszkodowania, która odpowiada części okresu odszkodowawczego, za jaki dokonano wypłaty. Wypłacone kwoty zostaną zaliczone na poczet całości odszkodowania.
3. Wypłata odszkodowania nie powoduje zmniejszenia sumy ubezpieczenia zysku brutto ustalonej w umowie ubezpieczenia.
4. Postanowienia ust. 3 nie mają zastosowania do limitów odpowiedzialności WARTY, wskazanych w umowie ubezpieczenia i ubezpieczonych na pierwsze ryzyko, dla których z chwilą wypłaty odszkodowania limit odpowiedzialności zostaje pomniejszony o kwotę wypłaconego odszkodowania. Limit ten Ubezpieczający może uzupełnić za zgodą WARTY po opłaceniu dodatkowej składki uzgodnionej z WARTĄ. Jeżeli jednak Ubezpieczający nie uzupełni tego limitu odpowiedzialności to w przypadku następnej szkody górną granicę odpowiedzialności WARTY stanowi limit odpowiedzialności, który pozostał po wypłacie odszkodowania za szkodę wcześniejszą.
5. W pozostałym zakresie zastosowanie mają uregulowania § 18 oraz § 19 Sekcji I niniejszych OWU.

Wiceprezes Zarządu

Jarosław NIEMIROWSKI

Prezes Zarządu

Jarosław PARKOT

ZAŁĄCZNIK DO SEKCJI I
OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MASZYN I URZĄDZEŃ OD WSZYSTKICH RYZYK

KLAUZULE

Do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie postanowień Sekcji I OWU wprowadza się Klauzulę obligatoryjną Cyber risk/ IT. Inne klauzule obligatoryjne ustala się w umowie ubezpieczenia, w zależności od przedmiotu ubezpieczenia.

Klauzula 001 – Ubezpieczenie ryzyka rozruchów i strajków

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko zniszczenia, uszkodzenia, utraty mienia wskutek rozruchów i strajków, przez które rozumie się:
   1) Czynności osób biorących udział w jakichkolwiek zakłóceniach porządku publicznego,
   2) działanie uprawnionej władzy przy tłumieniu lub próbach stłumienia zakłóceń porządku publicznego lub przy zmniejszaniu skutków takich zakłóceń,
   3) umyślną czynność strajkującego lub innego pracownika popierającego strajk,
   4) działanie uprawnionej władzy przy zapobieganiu lub próbach zapobieżenia czynnościom lub przy zmniejszaniu skutków czynności, o których mowa w ppkt 3).
2. W ramach ubezpieczenia mienia od szkód powstałych w skutek rozruchów i strajków, o których mowa w pkt 1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) szkody będące wynikiem całkowitego lub częściowego przerwania lub opóźnienia jakichkolwiek prac, procesu produkcyjnego lub czynności operacyjnych,
   2) szkody spowodowane stałym lub czasowym pozbawieniem posiadania w wyniku zajęcia przez uprawnioną władzę,
   3) szkody spowodowane stałym lub czasowym pozbawieniem posiadania w wyniku bezprawnego zajęcia jakiegokolwiek budynku przez jakąkolwiek osobę, z zastrzeżeniem, że WARTA ponosi odpowiedzialność za uszkodzenia ubezpieczonego mienia, powstałe przed utratą posiadania lub podczas czasowej utraty posiadania.
3. Odpowiedzialność WARTY z tytułu ryzyk określonych w niniejszej Klauzuli jest ograniczona do sumy ubezpieczenia na jedno zdarzenie, powstałych w nieprzerwanym okresie nie dłuższym niż 168 godzin.
4. Całkowita odpowiedzialność WARTY z tytułu niniejszego rozszerzenia zakresu ochrony w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć podwojonej sumy ubezpieczenia na jedno zdarzenie i sumy ubezpieczenia na wszystkie zdarzenia.
5. Sumę ubezpieczenia na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 006 – Ubezpieczenie dodatkowych kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dniach wolnych od pracy oraz frachtu ekspresowego

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o dodatkowe koszty pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych i w dniach wolnych od pracy oraz frachtu ekspresowego (z wyłączeniem frachtu lotniczego), pod warunkiem, że takie koszty są poniesione w związku ze szkodą powstałą w ubezpieczonych pozycjach podlegającą odszkodowaniu.
2. Sumę ubezpieczenia na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 007 – Ubezpieczenie dodatkowych kosztów frachtu lotniczego

1. Niniejszym Klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego koszty frachtu lotniczego o ile takie koszty są poniesione w związku ze szkodą powstałą w ubezpieczonych pozycjach podlegającą odszkodowaniu.
2. Sumę ubezpieczenia na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 303 – Wyłączenie wybuchu gazów spalinowych w kotłach i piecach

Niniejszą Klauzulą wyłącza się z zakresu pokrycia ubezpieczeniowego szkody spowodowane wybuchem gazów spalinowych w kotłach, piecach i/lub przynależącej do nich aparaturze oraz wyposażeniu.

Klauzula 311 – Ubezpieczenie ryzyk casco

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do maszyn i urządzeń o szkody powstałe w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia wskutek:
   1) pożaru, bezpośredniego uderzenia pioruna, huraganu, powodzi, zapadania i osuwania się ziemi, lawiny, zalania przez wydostawanie się wody, innych cieczy lub par z urządzeń wodno-kanalizacyjnych lub technologicznych,
   2) kradzieży z włamaniem,
   3) rabunku dokonanego lub usiłowania rabunku.
2. Użyte w niniejszej klauzuli określenia ryzyk należy rozumieć jako:
   1) piorun gwałtowne wyładowanie elektryczne w atmosferze działające bezpośrednio na przedmiot ubezpieczenia;
   2) kradzież z włamaniem – zabór mienia w celu:
      a) przywłaszczenia, z zamkniętego lokalu, po usunięciu przy użyciu siły i narzędzi zainstalowanych zabezpieczeń, lub po otworzeniu zabezpieczeń oryginalnym kluczem, który sprawca zdobył w drodze kradzieży z włamaniem do innego lokalu lub w drodze rabunku;
      b) przywłaszczenia mienia z lokalu, w którym sprawca ukrył się przed jego zamknięciem i pozostawił ślady mogące stanowić dowód jego potajemnego ukrycia.
   3) rabunek – zabór mienia w celu przywłaszczenia z zastosowaniem przemocy lub groźby jej natychmiastowego użycia w stosunku do Ubezpieczającego.

   W odniesieniu do ryzyk powyżej należy stosować zamieszczone w §6 ust. 3 OWU.
3. Ubezpieczone mienie wymienione w pkt 1 powinno znajdować się w pomieszczeniach zabezpieczonych w sposób uniemożliwiający dostęp bez użycia siły oraz narzędzi, czego dowodami będą pozostawione ślady włamania lub wyważenia. W przypadku, gdy ubezpieczone mienie znajduje się na placu składowym, wymaga się, aby plac był ogrodzony i oświetlony w porze nocnej.
4. W przypadku wystąpienia szkody spowodowanej kradzieżą z włamaniem, Ubezpieczający zobowiązany jest w ciągu 24 godzin zawiadomić o tym fakcie policję oraz dostarczyć do WARTY kopię zawiadomienia policji oraz inne dokumenty określone w OWU.

Klauzula 312 – Ubezpieczenie ryzyk casco w czasie samoczynnego przemieszczania lub transportu

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do maszyn i urządzeń o szkody powstałe w czasie przemieszczania i/lub transportu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wskutek:
   1) wypadku drogowego, jakiemu uległ środek transportowy,
   2) pożaru, bezpośredniego uderzenia pioruna, huraganu, powodzi,
   3) kradzieży z włamaniem,
   4) rabunku dokonanego lub usiłowania rabunku.
2. Użyte w niniejszej klauzuli określenia ryzyk należy rozumieć jako:
   1) wypadek drogowy – nagłe działanie siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami lub zwierzętami, a także przewrócenie się, wykolejenie się, kapotaż, spadnięcie środka transportu,
   2) piorun – gwałtowne wyładowanie elektryczne w atmosferze działające bezpośrednio na środek transportu lub przemieszczającą się maszynę,
   3) kradzież z włamaniem – zabór mienia w celu przywłaszczenia, ze środka transportowego po usunięciu przeszkody materialnej, będącej częścią konstrukcji środka transportu lub zamknięciem, utrudniającym dostęp do jego wnętrza,
   4) rabunek – zabór mienia w celu przywłaszczenia z zastosowaniem przemocy na osobie dokonującej przewozu lub groźby jej natychmiastowego użycia albo doprowadzenie tej osoby do stanu nieprzytomności lub bezbronności.

   W odniesieniu do ryzyk powyżej należy stosować zamieszczone w §6 ust. 3 OWU.
3. Ubezpieczone mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w pkt 1 w czasie transportu samochodem, koleją, samolotem, żeglugą śródlądową na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej z wyłączeniem przewozów dokonywanych w obrębie jednej nieruchomości.
4. Z pokrycia ubezpieczeniowego wyłączone są szkody:
   1) powstałe wskutek wypadku środka transportowego będącego własnością Ubezpieczającego lub znajdującego się w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, jeśli został on spowodowany złym stanem technicznym tego środka lub stanem nietrzeźwości lub odurzenia narkotycznego kierowcy,
   2) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania lub niedostatecznego opakowania ubezpieczonych maszyn i urządzeń.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest:
   1) w przypadku szkód spowodowanych kradzieżą z włamaniem, rabunkiem dokonanym lub usiłowaniem rabunku oraz wypadkiem środka transportowego niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu policję,
   2) zażądać od przewoźnika lub spedytora sporządzenia protokołu o stanie przesyłki, zgodnie z przepisami prawa przewozowego oraz wziąć udział w jego sporządzeniu lub sporządzić komisyjny protokół szkody uwzględniający wszystkie istotne dla sprawy okoliczności i dowody,
   3) dostarczyć WARTCIE następujące dokumenty /oprócz wymienionych w OWU/: protokół szkody, o którym mowa w pkt. 5 ppkt 2); oryginał listu przewozowego lub innego dokumentu, na podstawie którego przewóz był dokonywany; kopię zawiadomienia policji.

Klauzula 313 – Ubezpieczenie ryzyka bezpośredniego uderzenie pioruna, wewnętrznego ognia, wewnętrznego wybuchu chemicznego

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do ubezpieczonych maszyn i urządzeń o następujące ryzyka:
   1) bezpośrednie uderzenie pioruna,
   2) wewnętrzny ogień,
   3) wewnętrzny wybuch chemiczny,

   oraz o szkody powstałe w wyniku gaszenia ognia będącego skutkiem ww. zdarzeń.
2. WARTA nie odpowiada za szkody powstałe poza maszynami i urządzeniami, o których mowa w pkt. 1 będące następstwem wewnętrznego wybuchu chemicznego, rozprzestrzeniania się wewnętrznego ognia, gaszenia takiego ognia lub spowodowane przez bezpośrednie uderzenie pioruna.

Klauzula 315 – Ubezpieczenie ryzyka utraty substancji wskutek wycieku ze zbiornika

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o ryzyko utraty surowców, półproduktów, produktów spowodowane wyciekiem ze zbiorników, pod warunkiem, że takie zdarzenie jest następstwem szkody podlegającej odszkodowaniu w ramach dokumentu ubezpieczenia.
2. WARTA zapewni Ubezpieczającemu odszkodowanie za utratę substancji w wysokości określonej jak niżej:
   1) dla produktów wytwarzanych przez Ubezpieczającego – koszt wytworzenia, nie wyższy jednak niż cena, jaką uzyskałby Ubezpieczający z tytułu ich sprzedaży, pomniejszony o zaoszczędzone koszty produkcji nie zakończonej w momencie wystąpienia szkody,
   2) dla produktów sprzedawanych przez Ubezpieczającego – wartość odtworzeniowa, nie wyższa niż cena, jaką uzyskałby Ubezpieczający z tytułu ich sprzedaży pomniejszona o koszty nie poniesione,
   3) dla produktów, które mogą być ponownie użyte – koszty oczyszczenia i przywrócenia jakości do stanu przed zaistnieniem szkody, pod warunkiem, że takie koszty nie są większe niż koszty określone w ppkt. 1) i 2).
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody pośrednie spowodowane przez zanieczyszczenie środowiska, usuwanie substancji będących przedmiotem wycieku lub szkody w mieniu otaczającym tj. mieniu znajdującym się w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia oraz będącym w posiadaniu Ubezpieczającego na podstawie tytułu prawnego.
4. Sumę ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnego przedmiotu ubezpieczenia oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 316 – Ubezpieczenie ryzyka zalania i/lub zamulenia

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o ryzyko zalania i/lub zamulenia, wynikłe ze zniszczenia lub uszkodzenia instalacji ciśnieniowej doprowadzającej wodę do ubezpieczonej maszyny, zablokowania zaworów i/lub pomp.
2. Sumę ubezpieczenia na jedno zdarzenie oraz franszyzę redukcyjną określa się w dokumencie ubezpieczenia.

Klauzula 317 – Ubezpieczenie maszyn i sprzętu do robót podziemnych

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do maszyn i sprzętu do robót podziemnych o ryzyko powodzi, zalania, obsunięcia się ziemi i skał, osiadania gruntu, zawalenia się tuneli, sztolni, chodników etc.
2. WARTA nie odpowiada za szkody powstałe wskutek porzucenia sprzętu.

Klauzula 318 – Ubezpieczenie pomp zanurzeniowych i głębinowych

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o szkody powstałe w pompach zanurzeniowych i głębinowych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest na własny koszt przeprowadzić roczny przegląd, o którym poinformuje WARTĘ z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem, tak aby przedstawiciel WARTY mógł uczestniczyć w przeglądzie oraz przekaże WARCIE wyniki przeglądu.
3. WARTA nie odpowiada za szkody spowodowane erozją piasku, pracą urządzeń bez wody oraz zawaleniem się odwiertu, zniszczeniem rur lub ścian wzmacniających.

Klauzula 319 – Ubezpieczenie materiałów ogniotrwałych i/lub obmurza kotłów i pieców przemysłowych

1. Niniejszą klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego materiały ogniotrwałe i/lub obmurze kotłów i pieców przemysłowych.
2. Wysokość odszkodowania w stosunku do mienia określonego w pkt. 1 ustalona zgodnie z zasadami podanymi w OWU zostaje pomniejszona o wskaźnik zużycia, określany na dzień wystąpienia szkody.
   Wskaźnik ten nie może być niższy niż 20% na rok, jednak nie wyższy niż 80% łącznie.

Klauzula 320 – Ubezpieczenie ryzyka utraty oleju smarowego i/lub czynników chłodniczych i płynów chłodzących

1. Niniejszą Klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o ryzyko utraty oleju smarowego i/lub czynników chłodniczych, płynów chłodzących z zastrzeżeniem, że w dokumencie ubezpieczenia zadeklarowano oddzielne sumy ubezpieczenia dla oleju smarowego, czynników chłodniczych i płynów chłodzących.
2. Wysokość odszkodowania w odniesieniu do mienia określonego w pkt. 1 ustalona według zasad podanych w OWU, zostanie pomniejszona o stopień zużycia określony na dzień powstania szkody, o ile nie został określony on wcześniej przez producenta.

Klauzula 321 – Ubezpieczenie taśm i łańcuchów przenośników

1. Niniejszą Klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego taśmy i łańcuchy przenośników.
2. Wysokość odszkodowania w odniesieniu do mienia określonego w pkt. 1 ustalona według zasad podanych w OWU, zostaje pomniejszona o wskaźnik zużycia określony na dzień wystąpienia szkody. Wskaźnik ten nie może być niższy niż 15% na rok.
3. WARTA nie odpowiada za szkody w mieniu, o którym mowa w pkt. 1, jeśli wskaźnik zużycia przekroczy 75%.

Klauzula 322 – Ubezpieczenie drutów i przewodów nieelektrycznych

1. Niniejszą Klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego druty i przewody nieelektryczne ubezpieczonych maszyn i urządzeń.

2. Wysokość odszkodowania w odniesieniu do drutów i przewodów nieelektrycznych ustalona według zasad podanych w OWU, zostaje pomniejszona o wskaźnik zużycia określony na dzień wystąpienia szkody.
   Wskaźnik ten nie może być niższy niż 25% na rok, jednakże nie wyższy niż 75% łącznie.
3. Z pokrycia ubezpieczeniowego wyłącza się przewody nieelektryczne przenośników linowych używanych do celów przemysłowych.

1. Niniejszą Klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego szerokostrumieniowe.
2. WARTA odpowiada w przypadku powstania szkody z tytułu ryzyk objętych dokumentem ubezpieczenia do wysokości sumy ubezpieczenia określonej dla poszczególnych szerokostrumieniowych.
3. Zastrzega się, że po sześciu miesiącach eksploatacji przedmiotu ubezpieczenia określonego w pkt. 1 jego wartość rzeczywista zostaje pomniejszona o 3% miesięcznie, jednak nie więcej niż 80% łącznie.

Klauzula 331 – Określenie zużycia w przypadku przezwajania maszyn elektrycznych (np. silników, generatorów, transformatorów)
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. Wysokość odszkodowania w odniesieniu do uszkodzonych maszyn elektrycznych – w przypadku konieczności ich przezwojenia w celu dokonania naprawy – ustalona zgodnie z zasadami podanymi w OWU, zostaje pomniejszona o wskaźnik zużycia, określony na dzień wystąpienia szkody.
2. Wskaźnik ten nie może być niższy niż 5% na rok, jednak nie wyższy niż 60% łącznie.

Klauzula 332 – Określenie zużycia w przypadku napraw silników spalinowych (np. wysokoprężnych – Diesla, gazowych)
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. W przypadku uszkodzenia części silników spalinowych takich jak: tuleje, cylindry, pokrywy, głowice, cylindry włącznie z wyposażeniem i tłokami, wysokość odszkodowania w odniesieniu do uszkodzonych części ustalona wg zasad podanych w OWU zostaje pomniejszona o wskaźnik zużycia określony w dniu wystąpienia szkody.
2. Wskaźnik ten nie może być niższy niż 10% na rok, jednak nie wyższy niż 60% łącznie.

Klauzula 333 – Obniżenie wartości elementów i podzespołów w odcinku gorącego gazu w turbinach gazowych
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. W przypadku wystąpienia szkody wysokość odszkodowania zostanie obniżona w odniesieniu do jednego lub kilku elementów i podzespołów w odcinku gorącego gazu, które podlegają szybszemu zużyciu w stosunku do turbiny gazowej.
2. Wysokość odszkodowania w odniesieniu do części, o których mowa w pkt. 1 określa się według wzoru:

$$W_O = k_{wc} \times (1 - DŻ/PDŻ)$$

   gdzie:
   – W_O – wysokość odszkodowania
   – k_{wc} – całkowite koszty wymiany
   – DŻ – długość życia części wyrażona w godzinach pracy liczonych od daty produkcji do momentu powstania szkody
   – PDŻ – przewidywana długość życia wyrażona w godzinach według najnowszych danych producenta
3. W przypadku, gdy przewidywana długość życia jednej lub kilku części (PDŻ) podana przez producenta znacznie odbiega od dotychczasowych doświadczeń Ubezpieczającego zebranych w trakcie eksploatacji lub na podstawie szkodowości, istnieje możliwość zmiany ww. wielkości, na podstawie ustaleń pomiędzy WARTĄ a Ubezpieczającym.

Klauzula 342 – Przeglądy maszyn dociskowych
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. Ubezpieczający zleci na własny koszt przegląd wszystkich części maszyn dociskowych poddanych działaniom wysokich naprężeń oraz poinformuje WARTĘ z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem, tak aby przedstawiciel WARTY mógł uczestniczyć w przeglądzie.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do zorganizowania inspekcji z udziałem eksperta, w trakcie prób nieniszczących i przedstawienia WARCIE raportu z dokonanej inspekcji. Powołany ekspert powinien określić datę kolejnej inspekcji.
3. Powyższe przeglądy/inspekcje powinny być organizowane co najmniej co 12 miesięcy.
4. Daty kolejnych przeglądów ustalane są niezależnie od daty rozpoczęcia ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może ubiegać się o wydłużenie okresów pomiędzy przeglądami.
   Wydłużenie takie zostanie zaakceptowane, o ile w opinii WARTY nie spowoduje to wzrostu ryzyka.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zastosuje się do warunków wymienionych w niniejszej Klauzuli, WARTA będzie zwolniona z odpowiedzialności za szkody spowodowane przez jakiekolwiek okoliczności, które mogłyby być ujawnione, gdyby przegląd miał miejsce.

Klauzula 343 – Przeglądy silników elektrycznych dwubiegunowych o mocy powyżej 750 kW i cztero – lub więcej biegunowych o mocy powyżej 1 000 KW.
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. Ubezpieczający zleci na własny koszt przegląd otwartego silnika po 8 000 godzin pracy lub 500 uruchomieniach lub nie później niż dwa lata od daty ostatniego przeglądu oraz poinformuje WARTĘ, z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem, tak aby przedstawiciel WARTY mógł uczestniczyć w przeglądzie.
2. Nowy silnik elektryczny musi być poddany przeglądowi po 2 000 godzin pracy lub nie później niż po roku eksploatacji.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany dostarczyć WARCIE raporty z dokonanych przeglądów.
4. Okresy między kolejnymi przeglądami są liczone od pierwszego włączenia lub od ostatniego przeglądu danego turbogeneratora lub jego części, niezależnie od daty rozpoczęcia ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może ubiegać się o wydłużenie okresów pomiędzy przeglądami.
   Wydłużenie takie zostanie zaakceptowane, o ile w opinii WARTY nie spowoduje to wzrostu ryzyka.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zastosuje się do wymagań niniejszej Klauzuli, WARTA będzie zwolniona z wszelkiej odpowiedzialności za szkody spowodowane przez jakiekolwiek okoliczności, które mogłyby być ujawnione, gdyby przegląd miał miejsce.

Klauzula 344 – Przeglądy turbin parowych, wodnych i gazowych oraz turbo-zespołów
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. Ubezpieczający zleci na własny koszt przegląd otwartego turbozespołu lub jego części w niżej wymienionych okresach oraz poinformuje WARTĘ, z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem tak, aby przedstawiciel WARTY mógł uczestniczyć w przeglądzie:
   1) turbiny parowe i turbozespoły pracujące w przeważającym stopniu ze stałym obciążeniem oraz wyposażone w nowoczesne oprzyrządowanie, które umożliwia pełną kontrolę stanu maszyn, muszą być poddawane przeglądowi co najmniej co cztery lata;
   2) turbiny parowe i turbozespoły inne niż wymienione w ppkt. 1 – co najmniej co trzy lata;
   3) turbiny wodne i turbozespoły muszą być poddawane przeglądom zgodnie z zaleceniem producenta, nie rzadziej jednak, niż co dwa lata;
   4) turbiny gazowe i turbozespoły gazowe muszą być poddawane przeglądom zgodnie z zaleceniem producenta.
2. Okresy przeglądów są liczone od pierwszego włączenia lub od ostatniego przeglądu danego turbozespołu lub jego części, niezależnie od daty rozpoczęcia ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający poinformuje WARTĘ o każdej istotnej zmianie w pracy turbozespołu i obie strony wspólnie zadecydują o krokach, jakie powinny być przedsięwzięte.
4. Ubezpieczający może ubiegać się o wydłużenie okresów pomiędzy przeglądami. Wydłużenie takie zostanie zaakceptowane, o ile w opinii WARTY nie spowoduje to wzrostu ryzyka.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie dotrzyma terminów określonych w pkt. 1 ppkt. 1) do 4) z zastrzeżeniem pkt. 3 a nastąpi szkoda objęta niniejszym ubezpieczeniem, wówczas WARTA pokrywa dodatkowe koszty naprawy, z wyłączeniem kosztów demontażu i montażu i oraz innych kosztów, które musiałyby zostać poniesione przez Ubezpieczającego w celu dokonania przeglądu. Takie koszty demontażu i montażu oraz inne koszty związane z przeprowadzeniem przeglądu są zaliczane do kosztów przeglądu.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zastosuje się do wymagań niniejszej klauzuli, WARTA będzie zwolniona z wszelkiej odpowiedzialności za straty lub uszkodzenia spowodowane przez jakiekolwiek okoliczności, które mogłyby być ujawnione, gdyby przegląd miał miejsce.

Klauzula 345 – Przeglądy i inspekcje kotłów
Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienia:
1. Ubezpieczający zleca na własny koszt coroczne lub w terminach przewidzianych w obowiązujących przepisach przeglądy kotłów. Ubezpieczający zleca także na swój własny koszt przegląd lub inspekcję wymaganą przez odpowiedni urząd nadzoru lub przez producenta.
2. Ubezpieczający poinformuje WARTĘ o takim przeglądzie lub inspekcji nie później niż na dwa tygodnie przed jej terminem, tak aby przedstawiciel WARTY mógł wziąć w niej udział.
3. Daty kolejnych przeglądów ustala się niezależnie od daty rozpoczęcia ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może ubiegać się o wydłużenie okresu pomiędzy przeglądami i/lub inspekcjami. Takie wydłużenie może zostać zaakceptowane pod warunkiem, że zostanie również zaakceptowane przez odpowiedni urząd nadzoru i w opinii WARTY nie spowoduje to wzrostu ryzyka.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zastosuje się do wymagań niniejszej Klauzuli, WARTA będzie zwolniona z wszelkiej odpowiedzialności za szkody spowodowane przez jakiekolwiek okoliczności, które mogłyby być ujawnione, gdyby inspekcja i/lub przegląd miały miejsce.

Klauzula 391 – Konserwacja urządzeń elektronicznych i systemów sterowania w ubezpieczonych maszynach i urządzeniach
1. Niniejszą Klauzulą wprowadza się następujące postanowienie dotyczące urządzeń elektronicznych i systemów sterowania w ubezpieczonych maszynach i urządzeniach.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do posiadania, ważnej w okresie ubezpieczenia, umowy o konserwację ww. mienia.
   Pod pojęciem „konserwacja" rozumie się:
   1) okresowe kontrole,
   2) konserwację prewencyjną,
   3) usuwanie uszkodzeń i zakłóceń związanych z normalnym zużyciem i eksploatacją np poprzez naprawę, wymianę części maszyny i/lub urządzenia.
3. Koszty konserwacji, o której mowa w pkt. 2 nie są pokrywane przez WARTĘ w ramach umowy ubezpieczenia.

Klauzula 800 – Wyłączenie z zakresu ryzyka niezachowania parametrów prądu
Niniejszą klauzulą wyłącza się z ochrony ubezpieczeniowej poniższe ryzyka:
1. niezadziałania wymaganych zabezpieczeń chroniących maszyny,
2. zmiany napięcia zasilania,
3. zaniku napięcia jednej lub kilku faz,
4. uszkodzenia izolacji,
5. zwarcia (spięcia).

Klauzula Automatycznego Ubezpieczenia Nowych Miejsc Ubezpieczenia
WARTA obejmie automatyczną ochroną ubezpieczeniową, za pobraniem dodatkowej składki maszyny i urządzenia znajdujące się w nowo uruchomionym przez Ubezpieczającego miejscu prowadzenia przez niego działalności gospodarczej.
Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić do WARTY wykaz nowych placówek z uwzględnieniem danych dotyczących ubezpieczonego mienia w terminie uzgodnionym w umowie ubezpieczenia.
Tryb zgłoszenia nowych placówek, warunki płatności dodatkowej składki określa się w umowie ubezpieczenia.

Klauzula Automatycznego Ubezpieczenia Nowych Maszyn i Urządzeń
WARTA obejmie automatyczną ochroną ubezpieczeniową, za pobraniem dodatkowej składki nowo nabyte maszyny i urządzenia lub wzrost wartość ubezpieczanego mienia wskutek wykonanych inwestycji.
Tryb zgłoszenia do WARTY wzrostu wartości mienia, wykazu nowo nabytych pozycji, limit wartościowy, warunki płatności dodatkowej składki określa się w umowie ubezpieczenia.

Klauzula Reprezentantów
WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
Za Ubezpieczającego uważa się:
1) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora i jego zastępcę,
2) w przypadku spółek kapitałowych (tj. z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych) – członków zarządu i prokurentów,
3) w przypadku spółek jawnych – wspólników i prokurentów,
4) w przypadku spółek komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariuszy i prokurentów,
5) w przypadku spółek cywilnych – wspólników,
6) w przypadku spółek partnerskich – partnerów, członków zarządu i prokurentów,
7) w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członków zarządu.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.

Klauzula Cyber risk/IT
WARTA ponosi odpowiedzialność za szkody rzeczowe, przez które rozumie się szkody w mieniu objętym ubezpieczeniem.
W tym znaczeniu za szkodę rzeczową nie uważa się uszkodzenia i/lub zniszczenia danych lub oprogramowania, a w szczególności jakichkolwiek niekorzystnych w nich zmian spowodowanych przez skasowanie, uszkodzenie lub zmiany ich pierwotnej formy.
Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
1. Szkody w danych i oprogramowaniu powstałe wskutek ich utraty lub uszkodzenia, w szczególności wszelkie niekorzystne w nich zmiany spowodowane przez skasowanie, uszkodzenie lub zmiany ich pierwotnej formy, a także powstałe w ich następstwie szkody związane z utrata zysku brutto oraz wszelkie straty wynikające z przerwy lub zakłóceń w działalności,
2. Szkody w danych lub oprogramowaniu będące następstwem ograniczenia zakresu funkcjonalności, użytkowania lub dostępności do nich, a także powstałe w ich następstwie szkody związane z utratą zysku brutto oraz wszelkie straty wynikające z przerwy lub zakłóceń w działalności,

Jednakże – mimo wprowadzenia powyższych wyłączeń z ochrony ubezpieczeniowej oraz z zastrzeżeniem warunków, zakresu, postanowień i wyłączeń zapisanych w umowie ubezpieczenia – szkody rzeczowe w danych i oprogramowaniu są objęte ochroną.

ZAŁĄCZNIK DO SEKCJI II
OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MASZYN I URZĄDZEŃ OD WSZYSTKICH RYZYK

Klauzula 401 – Ubezpieczenie ryzyk casco w czasie transportu
1. Niniejszą klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o szkody powstałe w czasie transportu ubezpieczonego mienie samochodem, koleją, samolotem, żeglugą śródlądową na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
2. Z pokrycia ubezpieczeniowego wyłączone są szkody:
   1) powstałe wskutek wypadku środka transportowego tj. zdarzenia polegającego na nagłym działaniu siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, a także przewrócenie się, wywrócenie się wykolejenie się, spadnięcie lub zatonięcie środka transportowego) będącego własnością Ubezpieczającego lub

znajdującego się w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, jeśli został on spowodowany złym stanem technicznym tego środka lub stanem nietrzeźwości lub odurzenia narkotycznego kierowcy,
2) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania lub niedostatecznego opakowania ubezpieczonego mienia.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest:
1) w przypadku szkód spowodowanych kradzieżą z włamaniem, rabunkiem dokonanym lub usiłowaniem rabunku (rozumianymi zgodnie z podanymi w §4 ust. 2 pkt 14) Sekcji II) oraz wypadkiem środka transportowego (rozumianym zgodnie z podaną w pkt. 2 ppkt 1) niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu policję.
2) Zażądać od przewoźnika lub spedytora sporządzenia protokołu o stanie przesyłki, zgodnie z przepisami prawa przewozowego oraz wziąć udział w jego sporządzeniu lub sporządzić komisyjny protokół szkody uwzględniający wszystkie istotne dla sprawy okoliczności i dowody.
3) Dostarczyć WARCIE następujące dokumenty /oprócz wymienionych w OWU/: protokół szkody, o którym mowa w ppkt. 2); oryginał listu przewozowego lub innego dokumentu, na podstawie którego przewóz był dokonywany; kopię zawiadomienia policji.

Klauzula 402 – Ubezpieczenie ryzyk casco w trakcie samoczynnego przemieszczania maszyn budowlanych poza miejscem ubezpieczenia

1. Niniejszą klauzulą rozszerza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego o szkody powstałe w czasie samoczynnego przemieszczania maszyn budowlanych poza miejscem ubezpieczenia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
2. Z pokrycia ubezpieczeniowego wyłączone są szkody powstałe:
1) w pojazdach mechanicznych i środkach transportu podlegających obowiązkowi rejestracji i dopuszczonych do ruchu po drogach publicznych,
2) wskutek wypadku przedmiotu ubezpieczenia tj. zdarzenia polegającego na nagłym działaniu siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, a także przewrócenie się, wywrócenie się, wykolejenie się lub spadnięcie, jeśli został on spowodowany złym stanem technicznym pojazdu lub stanem nietrzeźwości lub odurzenia narkotycznego kierowcy.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest w przypadku szkód spowodowanych kradzieżą z włamaniem, rabunkiem dokonanym lub usiłowanym (rozumianymi zgodnie z podanymi w §4 ust. 2 pkt 14) Sekcji II) oraz wypadkiem środka transportowego (rozumianym zgodnie z podaną w pkt. 2 ppkt 2) niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu policję i dostarczyć WARCIE kopię zawiadomienia.

Klauzula 403 – Klauzula ubezpieczenia w zakresie podstawowym

1. Niniejszą klauzula ogranicza się zakres pokrycia ubezpieczeniowego do szkód powstałych wskutek:
1) pożaru,
2) uderzenia pioruna,
3)
4) upadku statku powietrznego.
2. Przez użyte w niniejszej klauzuli określenia należy rozumieć jako:
1) pożar – ogień, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się samorzutnie,
2) uderzenie pioruna – wyładowanie elektryczne z atmosfery do ziemi,
3) wybuch – gwałtowna zmiana równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów, pary lub cieczy, wywołana ich dążnością do rozprzestrzeniania się.
W odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników obowiązuje warunek, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozerwaniu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień. Do wybuchu zalicza się również implozję, polegającą na uszkodzeniu ciśnieniem zewnętrznym zbiornika lub aparatu próżniowego. Wybuchy i implozję wywołane przez Ubezpieczającego w celach eksploatacyjnych nie są objęte pokryciem ubezpieczeniowym,
4) upadek statku powietrznego – katastrofa lub przymusowe lądowanie samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także upadek jego części lub przewożonego ładunku na ubezpieczone mienie.

Klauzula 420 – Ubezpieczenie urządzeń wiertniczych (wiertni) oraz sprzętu do wykonywania odwiertów ropy, gazu i/lub odwiertów geotermicznych

1. Niniejszą klauzulą włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego:
1) maszyny, urządzenia i sprzęt do wykonywania i obsługi odwiertów ropy i/lub gazu oraz ich części zamienne, żurawie, kotły, rury wiertnicze oraz inny sprzęt z nimi współpracujący, za który Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność;
2) tabor samochodowy, kolejowy, cement, szlam (wiertniczy), związki wiertnicze, chemikalia, osłony, drogi, groble, projekty, akta, mienie w trakcie składowania w magazynie lub na placu składowym.
2. Mienie wymienione w ppkt. 1) i 2) jest objęte pokryciem ubezpieczeniowym pod warunkiem dostarczenia przez Ubezpieczającego szczegółowego wykazu poszczególnych pozycji.
3. Ubezpieczone mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową w miejscach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia oraz podczas transportu pomiędzy nimi z zastrzeżeniem, że WARTA nie odpowiada za szkody powstałe z jakiejkolwiek przyczyny podczas, gdy mienie jest umieszczone lub zainstalowane na statkach lub barkach wiertniczych.
4. Zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do. maszyn, urządzeń, sprzętu lub ich części jest ograniczony do szkód powstałych wskutek:
1) niekontrolowanego wytrysku rozumianego jako nagłe wyrzucenie płynu wiertniczego (szlam, woda), po którym następuje niekontrolowany wypływ ropy, gazu lub wody z odwiertu w wypadku, gdy ciśnienie gazu lub wody ze złoża, która przedostała się do otworu wiertniczego na pewnej głębokości pod powierzchnią ziemi jest większe od ciśnienia roboczego płynu wiertniczego w otworze wiertniczym powodując utratę kontroli nad odwiertem;
2) erupcji prowadzającej do powstania krateru tj. nieckowatego otworu w powierzchni ziemi otaczającej odwiert powstałego wskutek niekontrolowanego działania gazu, ropy lub wody;
3) podniesienia/ obniżenia żurawia wspornikowego lub masztu;
4) zawalenia, zjechania żurawia lub masztu.
5. Zakres pokrycia ubezpieczeniowego w odniesieniu do maszyn, urządzeń, sprzętu wiertniczego pracujących pod ziemią jest ograniczony do szkód powstałych wskutek: niekontrolowanego wytrysku, erupcji prowadzącej do powstania krateru, pożaru lub eksplozji.
6. Pokrycie ubezpieczeniowe nie obejmuje zniszczenia lub utraty materiałów gaśniczych i/lub kosztów poniesionych w związku z gaszeniem pożaru, opanowaniem lub próba opanowania niekontrolowanego wytrysku lub erupcją prowadzącą do powstania krateru.
7. WARTA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe wskutek zdarzeń wymienionych w niniejszej klauzuli, jeśli spełnione są następujące warunki:
1) teren prowadzenia prac będzie wyposażony w sprzęt służący zapobieganiu wybuchowi zgodnie z odnośnymi przepisami;
2) ropa i/lub powietrze, napowietrzony szlam nie będą używane jako płyn wiertniczy, z zastrzeżeniem, że nie dotyczy to sytuacji, gdy baza roponośna szlamu lub ropy jest używana w celu wykonania: „wwiercenia", „przemycia/przeczyszczenia" lub wydobycia części wierteł, sprzętu wiertniczego, który utknął w odwiercie;
3) w przypadku wierceń rotacyjnych i/lub jednostek konserwacyjno-udrażniających prace będą prowadzone zgodnie z odnośnymi normami i przepisami państwowymi;
4) prowadzone roboty będą wykonywane wyłącznie przez Ubezpieczonego lub jego pracowników, o ile w dokumencie ubezpieczenia nie uzgodniono inaczej.

Klauzula 421 – Ubezpieczenie urządzeń wiertniczych oraz sprzętu do wykonywania odwiertów studni

Niniejszą klauzulą:
1) włącza się do zakresu pokrycia ubezpieczeniowego maszyny, urządzenia i sprzęt wiertniczy pod warunkiem, że nie służy on do wykonywaniu odwiertów lub prac na szybach ropy, gazu i/lub geotermicznych,
2) zmienia się postanowienia OWU maszyn i urządzeń od wszystkich ryzyk Sekcja II §4 ust. 2 pkt 12 na następujące:
„w rurach wiertniczych, kołnierzach, wiertłach, rozszerzakach, rurach rdzeniowych, osłonach i innego rodzaju narzędziach znajdujących się poniżej stołu obrotowego i/ lub powierzchni gruntu z przyczyn innych niż: trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, tsunami, burza, cyklon, zalanie, pożar, wytrysk i wody artezyjskie".
WARTA nie ponosi odpowiedzialności za utratę lub pozostawienie świdra i/lub kolumny przewodu wiertniczego, w tym nie obejmuje ochroną kosztów ich wydobycia.

ZAŁĄCZNIK DO SEKCJI III
OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MASZYN I URZĄDZEŃ OD WSZYSTKICH RYZYK

KLAUZULA

Klauzula „Odpowiedzialność dodatkowa" (Leeway)

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń, zawartej na podstawie Sekcji III niniejszych OWU oraz z zastrzeżeniem, że okres ubezpieczenia pokrywa się z rokiem obrotowym, o ile nie umówiono się inaczej, ustala się, że:

1. WARTA ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia zysku brutto powiększonej o uzgodnioną niniejszą Klauzulą odpowiedzialność dodatkową maksymalnie o 25% sumy ubezpieczenia zysku brutto.
2. Ubezpieczający deklaruje sumę ubezpieczenia w wysokości 125% zysku brutto w rozumieniu §6 Sekcji III niniejszych OWU, która zgodnie z ust. 1., stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY.
3. Ubezpieczający opłaca składkę zaliczkową w wysokości 80% składki rocznej wyliczonej dla ustalonej zgodnie z ust. 2. sumy ubezpieczenia, czyli dla 125% wartości zadeklarowanego zysku brutto.
4. WARTA nie będzie stosowała zasady niedoubezpieczenia w przypadku, jeśli rzeczywista wartość zysku brutto osiągnięta w okresie ubezpieczenia nie przekroczy 125% zysku brutto.
5. Uzgodniona niniejszą Klauzulą odpowiedzialność dodatkowa (maksymalnie 25% sumy ubezpieczenia zysku brutto) nie ma zastosowania do ubezpieczenia zysku brutto z limitem odpowiedzialności oraz do pozycji kosztów ubezpieczonych na pierwsze ryzyko.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany w ciągu 90 dni od zakończenia minionego okresu ubezpieczenia przedstawić WARCIE rzeczywistą wartość osiągniętego zysku brutto w czasie trwania umowy ubezpieczenia utraty zysku brutto na formularzu wymaganym przez WARTĘ do ustalania sumy ubezpieczenia zysku brutto.
7. Jeżeli długość maksymalnego okresu odszkodowawczego wynosiła:
1) do 12 miesięcy to Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić kwotę zysku brutto za okres 12 miesięcy poprzedzających koniec minionego okresu ubezpieczenia,
2) ponad 12 miesięcy do 18 lub 24 miesięcy to Ubezpieczający zobowiązany jest zgłosić kwotę zysku brutto odpowiednio za okres 18 lub 24 miesięcy poprzedzających koniec minionego okresu ubezpieczenia. Dane winny być przedstawione na formularzu wymaganym przez WARTĘ do ustalania sumy ubezpieczenia zysku brutto.
8. Na podstawie informacji o rzeczywistej wartości osiągniętego zysku brutto w okresie ubezpieczenia WARTA dokona korekty składki zaliczkowej w wyniku której dokona:
1) zwrotu składki nadpłaconej z zastrzeżeniem, że:
a) w okresie ubezpieczenia WARTA nie wypłaciła Ubezpieczonemu odszkodowania z tytułu utraty zysku brutto lub jest zobowiązana do jego wypłaty,
b) kwota podlegająca zwrotowi stanowić będzie nie mniej niż 5% i nie więcej niż 30% zapłaconej składki zaliczkowej; w pozostałej części składka jest traktowana jako składka należna za czas udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.
lub
2) naliczenia dodatkowej składki wynikającej z rzeczywistej wartości osiągniętego zysku brutto w okresie ubezpieczenia.
9. W celu rozliczenia należnej składki ubezpieczeniowej (dopłata lub zwrot) stosuje się stawkę ubezpieczeniową uzgodnioną w umowie ubezpieczenia utraty zysku brutto wskutek uszkodzeń maszyn i urządzeń zawartej na podstawie postanowień Sekcji III niniejszych OWU.

Wyciąg z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Mienia w Leasingu, dotyczący warunków ubezpieczenia mienia zawartego pomiędzy STU Ergo Hestia S.A. a Santander Leasing S.A, nr. 17/GL/ARK/2009 z dnia 19.01.2009r. z późniejszymi zmianami.

I. Zakres ubezpieczenia:

Zgodny z „Ogólnymi Warunkami ubezpieczenia sprzętu i maszyn budowlanych z dnia 01.01.2016r; których przedmiot ubezpieczenia stanowią maszyny rolnicze wraz z osprzętem"

Suma ubezpieczenia - w całym okresie trwania leasingu stanowi wartość fakturową netto lub brutto przedmiotu finansowania. W okresie ubezpieczenia nie ulega zmniejszeniu o wypłacone odszkodowania, wyjątek stanowi wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej. Wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej rozwiązuje umowę ubezpieczenia

II. Przedmiot ubezpieczenia:

Maszyny rolnicze wraz z osprzętem o wartości nieprzekraczającej 2 000 000 PLN

III. Miejsce ubezpieczenia

Ochroną ubezpieczeniową objęte jest mienie znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, czyli w budynkach, pomieszczeniach lub na terenie wymienionym w umowie ubezpieczenia

Dla sprzętu stacjonarnego i przenośnego innego niż (sprzęt rozumiany jako przenośny sprzęt komputerowy, telekomunikacyjny i radiowy, medyczny, graficzny, pomiarowy, muzyczny, zasilający, sprzęt RTV, Audio Hi-Fi, projekcyjny):

1. dla przedmiotów stacjonarnych, których suma ubezpieczenia nie przekracza 5.000.000 PLN miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie RP.
2. w przypadku przedmiotów, których suma ubezpieczenia przekracza 5.000.000 PLN za miejsce ubezpieczenia uznaje się miejsce na terenie RP zgłoszone do Ergo Hestia S.A..
3. ubezpieczenie przedmiotów stacjonarnych poza terenem RP wymaga indywidualnej zgody Ergo Hestia S.A

IV. Do Ogólnych Warunkach ubezpieczenia sprzętu i maszyn budowlanych z dnia 01.01.2016r; których przedmiot ubezpieczenia stanowią maszyny rolnicze mają zastosowanie poniższe postanowienia:

Franszyza:

1. dla klauzuli 509:
   a) integralna 500zł dla szkód spowodowanych dostaniem się ciała obcego do maszyny
   b) redukcyjna 2 000zł dla pozostałego zakresu
2. pozostały zakres ubezpieczenia: integralna 500zł

KLAUZULE

Klauzula 401 - Transport lądowy:

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ustala się, że ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o szkody w mieniu transportowanym na i z miejsca wykonywania prac kontraktowych drogą lądową na terytorium Polski.
2. Za początek transportu uważa się moment przejęcia ubezpieczonego mienia do rozpoczynającego się bezpośrednio po tym transportu, a za koniec transportu - wydanie mienia w miejscu docelowym.
3. Ubezpieczeniem zostaje objęty także ubytek, uszkodzenie lub utrata przedmiotu ubezpieczenia powstałe w czasie operacji załadunkowych lub wyładunkowych wykonywanych przez osoby posiadające uprawnienia do ich wykonywania.
4. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe wskutek:

a) niewłaściwego opakowania albo nieprawidłowego rozmieszczenia lub zamocowania przedmiotu ubezpieczenia,
b) złego stanu technicznego środka transportu lub jego niezdatności do przewozu przedmiotu ubezpieczenia,
c) nietrzeźwości lub odurzenia kierowcy środkami, po użyciu których prowadzenie środka transportu jest niedozwolone lub niewskazane (dotyczy transportu własnego),
d) kradzieży zwykłej przez którą rozumie się kradzież bez śladów włamania,
e) zaginięcia.

5. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli wynosi 2 000 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Klauzula 402 - Ubezpieczenie maszyn budowlanych w trakcie samoczynnego przemieszczania poza miejscem ubezpieczenia:

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ustala się, że Ubezpieczyciel pokryje szkody w maszynach przystosowanych do samoczynnego poruszania się po drogach publicznych, z zastrzeżeniem postanowień ustępów 1-8 niniejszej klauzuli.

1. Ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszej klauzuli objęte są następujące rodzaje maszyn:
   a) maszyny rolnicze i osprzęt zainstalowane na podwoziach samochodowych z wyłączeniem samych podwozi samochodowych do zabudowy,
   b) maszyny rolnicze,

   W przypadku wymienionym w pkt a) za maszynę uznaje się całość urządzenia zainstalowanego na podwoziu samochodowym (z wyłączeniem samego podwozia do zabudowy) łącznie z elementami mocującymi maszynę do podwozia, wszelkimi urządzeniami sterującymi maszyną (panele sterujące) oraz akcesoriami do tych maszyn. W przypadku wątpliwości o przynależności danego elementu do maszyny bądź do podwozia decyduje fakt, czy dany element wyprodukował bądź zamontował producent podwozia, czy też maszyny (jeśli są różni).
   W przypadku kiedy producent podwozia jest ten sam co i maszyny, jeśli dany element nie jest elementem standardowym podwozia do zabudowy, to uznaje się, że należy do maszyny. W przypadku wymienionym w pkt b) za maszynę uznaje się całość urządzenia wraz z wszelkimi urządzeniami sterującymi maszyną (panele sterujące) oraz akcesoriami do tych maszyn.

2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody w ubezpieczonych maszynach podczas ich przemieszczania się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej powstałe bezpośrednio na skutek następujących zdarzeń:
   a) wypadku - za który uważa się nagłe działanie siły mechanicznej w momencie zetknięcia się przedmiotu ubezpieczenia z osobami, przedmiotami lub zwierzętami.
   b) rabunku - za który uważa się zabór przedmiotu ubezpieczenia w celu przywłaszczenia z zastosowaniem przemocy fizycznej na osobie kierującej maszyną lub groźby jej natychmiastowego użycia albo doprowadzenie tej osoby do stanu nieprzytomności lub bezbronności.
   c) pożaru - za który uważa się działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile,
   d) uderzenia pioruna - za które uważa się bezpośrednie wyładowanie elektryczności atmosferycznej na ubezpieczone mienie,
   e) wybuchu - za który uważa się gwałtowną zmianę stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołanym ich właściwością rozprzestrzeniania się; w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników warunkiem uznania zdarzenia za wybuch jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za wybuch uważa się również implozję, polegającą na gwałtownym uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym,
   f) upadku statku powietrznego - za który uważa się katastrofę bądź przymusowe lądowanie załogowego statku powietrznego oraz upadek jego części lub ładunku.
   g) zatopienia - za które uważa się zanurzenie ubezpieczonej maszyny w cieczy. Przez zatopienie nie uważa się zassania cieczy przez pracujący silnik pojazdu, na którego podwoziu zainstalowana jest ubezpieczona maszyna.
3. Poruszanie się po drodze publicznej musi mieć związek z koniecznością przemieszczania się pomiędzy terenami budów na terenie RP, na których Ubezpieczający wykonuje prace budowlane.
4. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe wskutek wypadku maszyny jeśli:
   a) został on spowodowany złym stanem technicznym maszyny,
   b) kierujący znajdował się w stanie nietrzeźwości,
   c) kierujący znajdował się pod wpływem środków odurzających,
   d) kierujący prowadził maszynę bez wymaganych uprawnień.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest:
   a) w przypadku szkód powstałych wskutek wypadku, kradzieży z włamaniem lub rabunku niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu policję,
   b) sporządzić komisyjny protokół szkody uwzględniający wszystkie istotne dla sprawy okoliczności i dowody,
   c) dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty: protokół szkody, uprawnienia kierującego maszyną, kopię zawiadomienia policji.
6. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli wynosi 2 000 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

Klauzula 509 - Ubezpieczenie awarii i uszkodzeń maszyn

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o szkody polegające na awariach lub uszkodzeniach maszyn, urządzeń i aparatów zainstalowanych w miejscu wymienionym w umowie, zdatnych do użytku i użytkowanych zgodnie z przeznaczeniem, których testy próbne zostały zakończone z wynikiem pozytywnym; za awarię i uszkodzenie uważa się stan techniczny maszyny, urządzenia lub aparatu, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację, oraz zmniejszenie sprawności lub niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu ograniczające jego zdatność do działania.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód:
   a) za które na mocy przepisów prawa lub postanowień umowy odpowiedzialny jest producent, sprzedawca lub warsztat naprawczy, o ile nie uchyla się od odpowiedzialności,
   b) powstałych w wyniku naturalnego zużycia albo długotrwałej degradacji właściwości użytkowych maszyn lub urządzeń, w tym wskutek kawitacji, erozji, korozji, rozszerzenia się kamienia kotłowego, szlamu i innych osadów, działania środków żrących lub starzenia się izolacji,
   c) w sprzęcie elektronicznym; wyłączenie to nie dotyczy elektronicznych części maszyn, urządzeń i aparatów stanowiących integralną część tych maszyn, urządzeń i aparatów,
   d) w wymienialnych narzędziach wszelkiego rodzaju, wymurówkach oraz obudowach i rusztach pieców oraz palenisk, a także dyszach palników oraz innych elementach, których czas prawidłowego funkcjonowania jest krótszy od trwałości maszyny,
   e) w środkach eksploatacyjnych wszelkiego rodzaju,
   f) spowodowanych wadami lub uszkodzeniami istniejącymi w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć.
3. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli wynosi 2 000 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem wprowadzenia sublimitu dla szkód spowodowanych dostaniem się ciała obcego do maszyny w wysokości 10% SU, nie więcej niż 50 000 PLN

V. Szczególne obowiązki ubezpieczającego

W odniesieniu do maszyn rolniczych (sprzętu) będących pojazdami wolnobieżnymi o wartości wyższej niż 350 000 PLN, Korzystający/ Pożyczkobiorca jest zobowiązany zapewnić, by osoby które te maszyny rolnicze (sprzęt) będą obsługiwały, posiadały dokument potwierdzający ukończenie kursów lub szkoleń z obsługi tych maszyn rolniczych (sprzętu) wydany przez osoby do tego upoważnione. Za osoby upoważnione do wydawania dokumentów potwierdzających ukończenie kursów lub szkoleń z obsługi maszyn rolniczych (sprzętu) uważa się przedstawicieli producentów, dealerów, autoryzowanych serwisów maszyn rolniczych (sprzętu).
W przypadku wystąpienia szkody, brak dokumentu potwierdzającego ukończenie kursów lub szkoleń, o których mowa w ust. 1 będzie skutkował wprowadzeniem udziału własnego w szkodzie w wysokości 10% wartości szkody, nie mniej niż 1 000zł

VI. Wymagane minimalne zabezpieczenia

Niezależnie od obowiązków Ubezpieczającego wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wymienionych w ust. I, zastosowanie mają poniższe ustalenie odnoszące się do minimalnych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych:

1. Ustala się wymagane minimalne zabezpieczenia - Ubezpieczyciel akceptuje istniejący stan zabezpieczeń przeciw kradzieżowych zamontowanych fabrycznie w maszynie rolniczej (sprzęcie).
2. Zamek w drzwiach maszyny rolniczej (sprzętu) jest uznawany jako zabezpieczenie spełniające minimalne wymogi zabezpieczenia maszyny rolniczej (sprzętu) przed kradzieżą, a maszyny rolnicze (sprzęt), które nie posiadają zabezpieczeń przeciw kradzieżowych Ubezpieczyciel przyjmuje do ubezpieczenia bez konieczności ich montowania.
3. Maszyny rolnicze samobieżne nie mogą mieć kluczyków w stacyjkach zapłonowych, a wszystkie drzwi w tych maszynach powinny być zamknięte na zamek fabryczny lub w inny sposób zabezpieczone od zewnątrz.
4. Klucze służące do otwarcia i uruchomienia pojazdu samobieżnego musza być należycie zabezpieczone poza pojazdem, a także Korzystający/ Pożyczkobiorca musi przedłożył Ubezpieczycielowi kompletu wyżej wymienionych kluczy w przypadku zgłoszenia szkody, chyba Że Korzystający/ Pożyczkobiorca zgłosił Ubezpieczycielowi przed dniem, w którym zaszło zdarzenie, utratę któregoś z kluczyków,
5. W odniesieniu do pojazdów podlegających rejestracji, dokumenty pojazdu (w postaci dowodu rejestracyjnego i karty pojazdu (o ile taka została wydana) muszą być należycie zabezpieczone poza pojazdem, a także poszkodowany musi przedłożyć oryginał dowodu rejestracyjnego i kartę pojazdu (o ile taka została wydana) lub ich wtórników wydanych przez Uprawniony organ (urząd) - o ile wtórniki te zostały wydane na podstawie wniosku złożonego przez Korzystającego/ Pożyczkobiorcę przed dniem, w którym zaszło zdarzenie.

VII. Postępowanie w razie zajścia szkody:

6. w przypadku wystąpienia szkody, Korzystający zobowiązany jest niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty stwierdzenia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgłosić szkodę w jednostce organizacyjnej STU Ergo Hestia S.A
7. zgłoszenie szkody następuje pisemnie poprzez wypełnienie obowiązującego w STU Ergo Hestia SA formularza zgłoszenia szkody lub telefonicznie na numer telefonu Hestii Kontakt, tel. 0801 107 107, połączenia z tel. kom. 058 555 5 555
8. zawiadomienia o powstałych szkodach przyjmowane są przez Hestię Kontakt lub przez jednostki likwidacyjne szkód właściwe terytorialnie dla siedziby poszkodowanego/ ubezpieczonego.
9. zgłoszenie szkody dokonane faxem - STU Ergo Hestia S.A uznaje za ważne.
10. STU Ergo Hestia S.A podejmie czynności likwidacyjne po uprzednim ustaleniu terminu oględzin z ubezpieczającym bądź jego przedstawicielem, w terminie 2 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia szkody.
11. ubezpieczający jest zobowiązany (w ciągu 14 dni) do dostarczenia dokumentacji określonej w protokole szkody oraz udzielenia wszelkich informacji na zapytania formułowane w trakcie postępowania likwidacyjnego.
12. na żądanie STU Ergo Hestia S.A., Ubezpieczony zobowiązuje się dostarczyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie faktur zakupu przedmiotów zgłoszonych do ubezpieczenia.
13. STU Ergo Hestia S.A podejmie decyzję w kwestii składanych roszczeń w terminie 14 dni od daty potwierdzenia wysokości szkody oraz ustalenia odpowiedzialności.
14. kwota bezsporna odszkodowania zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty zgłoszenia szkody.
15. wypłata odszkodowania może nastąpić jedynie za zgodą Santander Leasing S.A. STU Ergo Hestia S.A. informuje Santander Leasing S.A. o zaistniałej szkodzie i przewidywanej kwocie odszkodowania, jednocześnie zwracając się z zapytaniem komu wypłacić odszkodowanie.
16. w przypadku kradzieży sprzętu lub uznania przez STU Ergo Hestia S.A. szkody za całkowitą odszkodowanie jest wypłacane na rzecz Santander Leasing S.A. Szkoda całkowita ma miejsce wtedy, gdy nastąpi utrata mienia lub zniszczenie, którego koszt naprawy jest równy lub przewyższa wartość ubezpieczonej rzeczy.
17. STU Ergo Hestia S.A w terminie 30 dni od daty zgłoszenia szkody ma obowiązek: wypłacić całą kwotę odszkodowania albo poinformować pisemnie Santander Leasing oraz Korzystającego, jakie okoliczności muszą być jeszcze wyjaśnione i co blokuje ustalenie odpowiedzialności i wypłaty odszkodowania; brak takiego pisma powoduje obowiązek wypłaty odszkodowania;
18. w przypadku wypłaty odszkodowania na rzecz Santander Leasing S.A., o powyższej wypłacie STU Ergo Hestia S.A informuje Korzystającego.
19. w przypadku przeniesienia własności przedmiotu leasingu na Korzystającego odszkodowanie zostaje wypłacane nowemu właścicielowi przedmiotu ubezpieczenia.

UWAGA:

Szkodę do Santander Leasing SA należy zgłosić niezwłocznie po powiadomieniu policji i zakładu ubezpieczeń, poprzez przesłanie formularza zgłoszenia szkody który jest dostępny na stronie internetowej http://www.leasing24.pl. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszenia szkody.

W przypadku przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia na Korzystającego umowa ubezpieczenia nie ulegnie rozwiązaniu pod warunkiem, że przed przeniesieniem własności składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona przez Korzystającego za cały okres ubezpieczenia.

Wyciąg z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Mienia w Leasingu, dotyczący warunków ubezpieczenia mienia zawartego pomiędzy STU Ergo Hestia S.A. a Santander Leasing S.A, nr. 17/GL/ARK/2009 z dnia 19.01.2009r. z późniejszymi zmianami.

I. Zakres ubezpieczenia:

Ubezpieczenie obejmuje ryzyka odpowiednio do przedmiotu wymienione w § 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk STU Ergo Hestia SA z dnia 24.09.2018r. (symbol MP/OW095/1819)

Suma ubezpieczenia - w całym okresie trwania leasingu stanowi wartość fakturową netto lub brutto przedmiotu finansowania. W okresie ubezpieczenia nie ulega zmniejszeniu o wypłacone odszkodowania, wyjątek stanowi wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej. Wypłata odszkodowania z tytułu szkody całkowitej rozwiązuje umowę

II. Przedmiot ubezpieczenia:

Przedmiotem ubezpieczenia jest następujące minie ruchome, stanowiące własność Santander Leasing S.A.:

1. Maszyny i urządzenia nieelektroniczne
2. Maszyny i urządzenia budowlane, pojazdy wolnobieżne (nie podlegające rejestracji w tym kombajny oraz ciągniki rolnicze), wózki widłowe, maszyny rolnicze, maszyny naziemne
3. Sprzęt elektroniczny stacjonarny oraz przenośny z zastosowaniem kl. 101/1a i 101/1b w tym sprzęt medyczny z zastosowaniem kl. 135
4. Budynki i budowle tymczasowe (kioski, budki, baraki)

III. Miejsce ubezpieczenia:

Ochroną ubezpieczeniową objęte jest mienie znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, czyli w budynkach, pomieszczeniach lub na terenie wymienionym w umowie ubezpieczenia:
Dla sprzętu stacjonarnego i przenośnego innego niż (sprzęt rozumiany jako przenośny sprzęt komputerowy, telekomunikacyjny i radiowy, medyczny, graficzny, pomiarowy, muzyczny, zasilający, sprzęt RTV, Audio Hi-Fi, projekcyjny)

1. dla przedmiotów stacjonarnych, których suma ubezpieczenia nie przekracza 5.000.000 PLN miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie RP.
2. w przypadku przedmiotów, których suma ubezpieczenia przekracza 5.000.000 PLN za miejsce ubezpieczenia uznaje się miejsce na terenie RP zgłoszone do Ergo Hestia S.A..
3. ubezpieczenie przedmiotów stacjonarnych poza terenem RP wymaga indywidualnej zgody Ergo Hestia S.A.

Dla sprzętu przenośnego rozumianego jako przenośny sprzęt komputerowy, telekomunikacyjny i radiowy, medyczny, graficzny, pomiarowy, muzyczny, zasilający, sprzęt RTV, Audio Hi-Fi, projekcyjny

1. dla przedmiotów przenośnych, których suma ubezpieczenia:
   a) nie przekracza 100.000 PLN miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie całego świata bez obowiązku zgłaszania miejsca ubezpieczenia do Ergo Hestii
   b)
   c) nie przekracza 250.000 PLN miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie Unii Europejskiej bez obowiązku zgłaszania miejsca ubezpieczenia do Ergo Hestii
   d) przekracza 250.000 PLN miejscem ubezpieczenia jest każde miejsce prowadzenia działalności przez Korzystającego na terenie RP bez obowiązku zgłaszania miejsca ubezpieczenia do Ergo Hestii
2. ubezpieczenie przedmiotów przenośnych na terenie Unii Europejskiej, których suma ubezpieczenia przekracza 250.000 PLN wymaga indywidualnej zgody Ergo Hestia S.A.
3. ubezpieczenie przedmiotów przenośnych o wartości powyżej 100.000 PLN poza terenem Unii Europejskiej wymaga indywidualnej zgody Ergo Hestia S.A.

Mienie w transporcie obejmuje transporty krajowe (Polska) oraz transporty międzynarodowe z/do Polski do/z krajów Unii Europejskiej.

Ubezpieczający zobowiązany jest do bezzwłocznego informowania STU Ergo Hestia S.A. o wszelkich zmianach w rodzaju lub sposobie prowadzonej działalności, a także o zmianie wszelkich innych sobie znanych okoliczności, o które STU Ergo Hestia S.A. zapytywała we wniosku lub w innych pismach, m. in. o zmianie miejsca ubezpieczenia.

IV. Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk STU Ergo Hestia SA z dnia 24.09.2018r. (symbol MP/OW095/1819), mają dodatkowo zastosowanie poniższe postanowienia:

1. **Podnajem**
   Sprzęt oddawany przez Korzystającego do używania kolejnym użytkownikom zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie polis wystawionych w ramach umowy generalnej, jednakże wyłączenie pod warunkiem uprzedniego udokumentowania faktu przekazania stosowną umową pisemną, w której nowi użytkownicy zostaną bezwzględnie zobowiązani przez Korzystającego odpowiednimi zapisami w umowie najmu co najmniej do użytkowania maszyny zgodnie z jej przeznaczeniem, przestrzegania zasad bezpieczeństwa, stosowania wszystkich wymaganych zabezpieczeń przeciw kradzieżowych oraz do dbałości o maszynę, utrzymania jej w należytym porządku i stanie technicznym z sankcją utraty praw do uzyskania odszkodowania / świadczenia z niniejszej umowy. W przypadku przekazania przedmiotu leasingu osobom trzecim na podstawie umowy najmu, Korzystający jest zobowiązany do poinformowania STU Ergo Hestia S.A.. o nowym użytkowniku i miejscu użytkowania

2. **Franszyzy Redukcyjne**
   1) Dla maszyn i urządzeń budowlanych wynosi 500zł
   2) Dla pojazdów wolnobieżnych (nie podlegających rejestracji w tym kombajnów oraz ciągników rolniczych), maszyn rolniczych , maszyn naziemnych wynosi 500zł
   3) Dla sprzętu elektronicznego przenośnego w tym medycznego zastosowanie mają wyłącznie franszyzy redukcyjne określone w klauzulach 101/Ia i 101/Ib z zastrzeżeniem, że wysokość franszyzy nie może przekroczyć kwoty:
      a) 500zł dla szkód zaistniałych na terytorium RP
      b) 1 000zł dla szkód zaistniałych poza terenem RP
   4) Dla budynków i budowli tymczasowych (kioski, budki, baraki) franszyza wynosi 500zł
   5) dla budynków i budowli tymczasowych (kioski, budki, baraki) franszyza wynosi 500 zł.,
   6) dla mienia w transporcie na terenie RP franszyza redukcyjna wynosi 500 zł, na terenie Europy z wyłączeniem terenu RP franszyza redukcyjna wynosi 1.000 zł
   7) dla maszyn i urządzeń budowlanych, pojazdów wolnobieżnych (w tym kombajnów), wózków widłowych, ciągników rolniczych, maszyn rolniczych, maszyn naziemnych franszyza wynosi 1000 zł za szkody związane z:
      a) kolizją (przy współudziale innych pojazdów, statków pływających lub uczestników ruchu drogowego),
      b) pozostałymi wypadkami bez udziału innych uczestników ruchu drogowego, (także uszkodzenie przez osoby trzecie),
      c) wtargnięciem zwierząt
      d) błędem w obsłudze, który spowodował kolizję lub wypadek.
   8) dla maszyn i urządzeń ubezpieczonych od awarii franszyza redukcyjna wynosi 2.000 zł
   9) dla maszyn i urządzeń ubezpieczonych od szkód elektrycznych franszyza redukcyjna wynosi 2.000 zł.

KLAUZULE

Klauzula 506

Ubezpieczenie szkód estetycznych graffiti – zgodnie z treścią klauzuli, limit odpowiedzialności 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN

Klauzula 507

Ubezpieczenie terroryzmu - zgodnie z treścią klauzuli, limit odpowiedzialności 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN

Klauzula 508

Ubezpieczenie strajków, zamieszek i rozruchów - zgodnie z treścią klauzuli, limit odpowiedzialności 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN

Klauzula 509

Ubezpieczenie maszyn i urządzeń od awarii – limit odpowiedzialności 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 2 000 PLN

Klauzula 512

Ubezpieczenie katastrofy budowlanej - zgodnie z treścią klauzuli, limit odpowiedzialności 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN

Klauzula 101/1a

Ubezpieczenie sprzętu przenośnego – zgodnie z treścią klauzuli

Dla szkód powstałych wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku z miejsc innych niż zadeklarowane we wniosku ubezpieczenia, ustala się udział własny Ubezpieczającego w każdej szkodzie w wysokości 25% szkody nie mniej jednak niż franszyza redukcyjna uzgodniona w umowie w części ubezpieczenia sprzętu od szkód materilanych

Klauzula 101/1b

Ubezpieczenie sprzętu przenośnego (szkody spowodowane upadkiem)

Przy szkodzie spowodowanej upadkiem ubezpieczonej rzeczy przenośnej franszyza redukcyjna wynosi 25% szkody, i nie mniej niż wysokość franszyzy redukcyjnej kwotowej (ustalonej i określonej w polisie).

Klauzula 135

Postanowienia szczególne dotyczące endoskopów

Z zastrzeżeniem ogólnych warunków ubezpieczenia i innych postanowień lub załączników do umowy ubezpieczenia uzgodniono, że na podstawie niniejszej klauzuli ochroną ubezpieczeniową zostają objęte szkody powstałe w endoskopach pod warunkiem, że:

1. Endoskopy są zabezpieczone przed szkodami powstałymi wskutek ugryzienia podczas wprowadzania aparatury w organizm pacjenta.
2. Wyposażenie endoskopu (np. sondy) wprowadzane są tylko wówczas gdy endoskop nie jest przełamany.
3. Ręczne sprawdzenie szczelności przeprowadzane jest zgodnie z instrukcją producenta przed każdym głównym czyszczeniem.
4. Stosowane są zalecenia producenta dotyczące używania, konserwacji i przechowywania endoskopów wraz z oprzyrządowaniem

Rozszerzenia zakresu wskazanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia

„Quasi Casco"

Obejmuje ochronę o szkody polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu, utracie maszyn poruszających się za pomocą własnego napędu, holowanych, pchanych lub ich wyposażenia (z włączeniem kombajnów), wskutek następujących zdarzeń:

a) kolizji (przy współudziale innych pojazdów, statków pływających lub uczestników ruchu drogowego),
b) pozostałych wypadków bez udziału innych uczestników ruchu drogowego (także uszkodzenie przez osoby trzecie),
c) wtargnięcia zwierząt oraz
d) błędu w obsłudze, który spowodował kolizję lub wypadek

Limit odpowiedzialności wynosi 2 000 000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN
Rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej quasi casco nie obejmuje ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych.

Szkody w halach namiotowych, namiotach foliowych i szklarniach

powstałe wskutek działania wiatru, śniegu lub gradu.
Limit odpowiedzialności: 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 100.000 PLN, franszyza redukcyjna 1 000 PLN.

Ubezpieczenie mienia w transporcie

Od szkód powstałych w następstwie pożaru, uderzenia pioruna, wybuchu, uderzenia lub upadku statku powietrznego, huraganu, gradu, powodzi, deszczu nawalnego, trzęsienia ziemi, obsunięcia ziemi, zapadania ziemi, lawiny, upadku obiektu zewnętrznego, rabunku, celowego uszkodzenia, wypadku środka transportu lub kradzieży będącej następstwem wypadku środka transportu, kradzieży z włamaniem lub kradzieży łącznie ze środkiem transportu oraz innych przyczyn o charakterze losowym niż wymienione powyżej zgodnie z zakresem wynikającym z niniejszej umowy, pod warunkiem, że:

1. środki transportu dokonujące przewozów posiadają zamkniętą formę karoserii oraz ubezpieczone mienie jest tak umiejscowione w środku transportu, że nie jest widoczne z zewnątrz,
2. w przypadku postoju dłuższego niż 2 godz. środek transportu zawierający ubezpieczone mienie znajduje się na parkingu strzeżonym, na terenie ogrodzonej posesji lub w zamkniętym pomieszczeniu,
3. środek transportu przewożący ubezpieczone mienie podczas postoju na czas nieobecności kierowcy jest zamknięty na wszystkie istniejące zamki, ma dosunięte wszystkie szyby, posiada włączony system alarmowy lub inne posiadane zabezpieczenia kradzieżowe.

Powyższe warunki określone w pkt. 1. powyżej nie dotyczą ładunków ponadgabarytowych, o specyficznych właściwościach (wielkość, kształt itp.). Obowiązkiem Ubezpieczającego jest:

1. powierzenie transportu mienia pracownikom w wieku powyżej 18. i poniżej 65. lat, przy czym osoba kierująca pojazdem powinna posiadać stosowne uprawnienia;
2. przeprowadzenie transportu możliwie najkrótszą drogą oraz bez zbędnych postojów.

Maksymalna wartość przewożonego mienia na jednym środku transportu (limit odpowiedzialności na jeden transport) nie może przekraczać 1 000 000 PLN dla transportu obcego (zawodowy przewoźnik) oraz 2 000 000 PLN dla transportu własnego (środkami transportu Korzystającego).W przypadku przekroczenia ustalonego powyżej limitu odpowiedzialności ochrona ubezpieczeniowa dla mienia w transporcie zostanie udzielona pod warunkiem dokonania przez finansującego zgłoszenia transportu do Hestia i uzyskania zgody na ubezpieczenie min. na dwa dni robocze przed planowanym rozpoczęciem przewozu. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje czynności załadunku i rozładunku mienia na/z środka transportu. Transport ten może być krajowy lub międzynarodowy, z wykorzystaniem transportu samochodowego, morskiego, kolejowego, lotniczego i środków żeglugi śródlądowej.

Ochrona ubezpieczeniowa mienia w transporcie obejmuje przewozy na terenie Unii Europejskiej.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również:
transport bezpośredni od sprzedawcy do Korzystającego wraz z załadunkiem w miejscu nadania i wyładunkiem w miejscu odbioru, a także do / z serwisu. W ramach niniejszej Umowy ochroną ubezpieczeniową są objęte ładunki przewożone na terenie RP przez przewoźnika zawodowego, kuriera, transportem własnym Korzystającego oraz ładunki w transporcie międzynarodowym przewożone przez przewoźnika zawodowego.
Ustala się franszyzę redukcyjna w wysokości 500 PLN dla szkód na terenie RP oraz 1 000 PLN dla szkód poza RP

V. Wymagane minimalne zabezpieczenia

Niezależnie od obowiązków Ubezpieczającego wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wymienionych w ust. I, zastosowanie mają poniższe ustalenie odnoszące się do minimalnych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych:

1. STU Ergo Hestia S.A. odpowiada za szkody spowodowane kradzieżą z włamaniem jedynie pod warunkiem, że ubezpieczone mienie ruchome stanowiące

przedmiot ubezpieczenia znajdują się pod adresem wskazanym na polisie i wewnątrz zamkniętego, użytkowanego budynku lub pomieszczenia zadeklarowanego jako miejsce ubezpieczenia, spełniającego równocześnie co najmniej następujące warunki:

a) ubezpieczone mienie powinno być przechowywane w lokalach znajdujących się w budynkach wykonanych w technologii uwzględniającej cel użytkowy budynku,
b) wszystkie elementy konstrukcyjne lokalu, tj. ściany, dachy, okna, drzwi itp., powinny być w należytym stanie technicznym, właściwie zamontowane, osadzone i konserwowane zgodnie z obowiązującymi przepisami, wymogami producenta lub wykonawcy oraz wewnętrznymi przepisami Ubezpieczającego,
c) drzwi, okna i inne otwory zewnętrzne powinny być zamykane w sposób przewidziany konstrukcją danego zamknięcia, w tym na wszystkie zamki oraz w sposób uniemożliwiający otwarcie ich lub wyważenie bez zniszczenia lub uszkodzenia,
d) za należycie zabezpieczony uznaje się również lokal do którego drzwi zewnętrzne – ze względu na ich konstrukcję – nie są zamykane na zamek, pod warunkiem ustanowienia dla danego lokalu stałego dozoru i wyposażenia go w urządzenia telewizji przemysłowej z rejestracją obrazu w technice cyfrowej; w takim przypadku drzwi do poszczególnych pomieszczeń znajdujących się w lokalu powinny być po godzinach pracy zamykane na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy,

2. STU Ergo Hestia S.A.. odpowiada za szkody w sprzęcie elektronicznym spowodowane przepięciem powstałym w wyniku wyładowania atmosferycznego jedynie pod warunkiem, zastosowania dodatkowo urządzeń przeciwprzepięciowych: instalacja odgromowa i/lub ochronniki przeciwprzepięciowe (w tym listwy przeciwprzepięciowe).
3. Za szkody w maszynach i urządzeniach budowlanych, pojazdach wolnobieżnych, kombajnach, maszynach rolniczych, maszynach naziemnych na placach budów i lub terenie posesji Korzystającego i/lub lokalizacji usługobiorców STU Ergo Hestia S.A. odpowiada pod warunkiem zastosowania następujących zabezpieczeń: Szkody powstałe wskutek kradzieży z włamaniem, za którą uważa się dokonanie albo usiłowanie zaboru mienia z miejsca ubezpieczenia po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otwarciu wejścia przy użyciu narzędzi, podrobionego lub dopasowanego klucza bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rabunku, a także dokonanie albo usiłowanie zaboru mienia przez sprawcę, który się ukrył w miejscu ubezpieczenia przed jego zamknięciem, jeśli pozostawił ślady mogące służyć jako dowód jego potajemnego ukrycia lub rabunku, za który uważa się zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej na osobie, albo doprowadzeniu jej do stanu nieprzytomności lub bezbronności, objęte są ochroną, o ile sprzęt lub maszyny znajdowały się w pomieszczeniu zamkniętym na co najmniej jeden zamek lub kłódkę, albo na placu ogrodzonym parkanem, siatką drucianą, płotem lub były pod stałym dozorem.
4. STU Ergo Hestia SA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe wskutek kradzieży z włamaniem i rabunku z pojazdu samochodowego pod warunkiem, że:
   a) pojazd ten posiada twardy dach (jednolita sztywna konstrukcja),
   b) w chwili kradzieży był prawidłowo zamknięty na klucz,
   c) sprzęt pozostawiony w pojeździe został zamknięty w bagażniku lub w innym schowku, stanowiącym seryjne wyposażenie pojazdu, a ubezpieczone mienie ruchome tj. maszyny i urządzenia nieelektroniczne oraz maszyny i urządzenia budowlane nie jest widoczne z zewnątrz pojazdu,
   d) sprzęt został skradziony w godzinach: 6.00 - 22.00 – przy czym ograniczenie to nie dotyczy przypadku kradzieży, gdy pojazd zaparkowany został na parkingu strzeżonym i wyposażony był w aktywne urządzenie antywłamaniowe (np. wywołujące alarm), albo znajdował się w garażu zamkniętym.
   e) Nie pozostawiono w pojeździe kluczyków w przypadku oddalenia się kierującego od pojazdu, niezależnie od odległości, na która się oddalił,
   f) Należyte zabezpieczenia kluczyków i dokumentów
5. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody powstałe lub zwiększone wskutek wypadku środka transportu należącego do Ubezpieczającego, jeżeli wypadek ten został spowodowany złym stanem technicznym pojazdu, bądź też szkoda powstała lub została zwiększona wskutek niewłaściwego opakowania lub zamocowania sprzętu, niezgodnie z zaleceniami producenta lub wskutek braku takiego opakowania lub zamocowania.
6. Kradzież z włamaniem i rabunek – przenośny sprzęt elektroniczny - dla szkód powstałych wskutek kradzieży z włamaniem lub rabunku z miejsc innych niż zadeklarowane we wniosku ubezpieczenia, ustala się udział własny Ubezpieczającego w każdej szkodzie w wysokości 25% szkody nie mniej jednak niż franszyza redukcyjna uzgodniona w umowie w części ubezpieczenia sprzętu od szkód materialnych

VI. Postępowanie w razie zajścia szkody:

1. w przypadku wystąpienia szkody, Korzystający zobowiązany jest niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty stwierdzenia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgłosić szkodę w jednostce organizacyjnej STU Ergo Hestia S.A
2. zgłoszenie szkody następuje pisemnie poprzez wypełnienie obowiązującego w STU Ergo Hestia SA formularza zgłoszenia szkody lub telefonicznie na numer telefonu Hestii Kontakt, tel. 0801 107 107, połączenia z tel. kom. 058 555 5 555
3. zawiadomienia o powstałych szkodach przyjmowane są przez Hestię Kontakt lub przez jednostki likwidacyjne szkód właściwe terytorialnie dla siedziby poszkodowanego/ ubezpieczonego.
4. zgłoszenie szkody dokonane faxem - STU Ergo Hestia S.A uznaje za ważne.
5. STU Ergo Hestia S.A podejmie czynności likwidacyjne po uprzednim ustaleniu terminu oględzin z ubezpieczającym bądź jego przedstawicielem, w terminie 2 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia szkody.
6. ubezpieczający jest zobowiązany (w ciągu 14 dni) do dostarczenia dokumentacji określonej w protokole szkody oraz udzielenia wszelkich informacji na zapytania formułowane w trakcie postępowania likwidacyjnego.
7. na żądanie STU Ergo Hestia S.A., Ubezpieczony zobowiązuje się dostarczyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie faktur zakupu przedmiotów zgłoszonych do ubezpieczenia.
8. STU Ergo Hestia S.A podejmie decyzję w kwestii składanych roszczeń w terminie 14 dni od daty potwierdzenia wysokości szkody oraz ustalenia odpowiedzialności.
9. kwota bezsporna odszkodowania zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty zgłoszenia szkody.
10. wypłata odszkodowania może nastąpić jedynie za zgodą Santander Leasing S.A. STU Ergo Hestia S.A. informuje Santander Leasing S.A. o zaistniałej szkodzie i przewidywanej kwocie odszkodowania, jednocześnie zwracając się z zapytaniem komu wypłacić odszkodowanie.
11. w przypadku kradzieży sprzętu lub uznania przez STU Ergo Hestia S.A. szkody za całkowitą odszkodowanie jest wypłacane na rzecz Santander Leasing S.A. Szkoda całkowita ma miejsce wtedy, gdy nastąpi utrata mienia lub zniszczenie, którego koszt naprawy jest równy lub przewyższa wartość ubezpieczonej rzeczy.
12. STU Ergo Hestia S.A w terminie 30 dni od daty zgłoszenia szkody ma obowiązek: wypłacić całą kwotę odszkodowania albo poinformować pisemnie Santander Leasing oraz Korzystającego, jakie okoliczności muszą być jeszcze wyjaśnione i co blokuje ustalenie odpowiedzialności i wypłaty odszkodowania; brak takiego pisma powoduje obowiązek wypłaty odszkodowania;
13. w przypadku wypłaty odszkodowania na rzecz Santander Leasing S.A., o powyższej wypłacie STU Ergo Hestia S.A informuje Korzystającego.
14. w przypadku przeniesienia własności przedmiotu leasingu na Korzystającego odszkodowanie zostaje wypłacane nowemu właścicielowi przedmiotu ubezpieczenia.

UWAGA:

Szkodę do Santander Leasing SA należy zgłosić niezwłocznie po powiadomieniu policji i zakładu ubezpieczeń, poprzez przesłanie formularza zgłoszenia szkody który jest dostępny na stronie internetowej http://www.leasing24.pl. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszenia szkody.

W przypadku przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia na Korzystającego umowa ubezpieczenia nie ulegnie rozwiązaniu pod warunkiem, że przed przeniesieniem własności składka ubezpieczeniowa zostanie opłacona przez Korzystającego za cały okres ubezpieczenia.

Oświadczenie o statusie dużego przedsiębiorcy

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, z siedzibą w Sopocie (81-731) przy ul. Hestii 1, zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000024812, prowadzonym przez VIII Wydział Gospodarczy KRS Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku o numerze NIP 585-000-16-90 i której kapitał zakładowy, opłacony w całości, wynosi 196.580.900 zł, posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Kompleksowe Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Kompleksowe Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kompleksowego od Wszystkich Ryzyk** z dnia 24 września 2018 r. (kod: MP/OW095/1809).

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Kompleksowe ubezpieczenie przedsiębiorstw od wszystkich ryzyk jest skierowane do przedsiębiorców oraz jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi (ubezpieczenie majątkowe grupa 9 z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, obejmujące szkody rzeczowe, grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest, wykorzystywane w związku z prowadzoną działalnością, ewidencjonowane mienie stanowiące własność ubezpieczającego lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego (np. umowy dzierżawy, najmu, leasingu): budynki i budowle, maszyny, urządzenia, wyposażenie, wartości pieniężne, nakłady inwestycyjne, środki obrotowe.
- ✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia będące bezpośrednim następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia o charakterze losowym i niepewnym, które wystąpiło nagle, nieprzewidzianie i niezależnie od woli Ubezpieczającego i zaistniało w miejscu i okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem wyłączeń ochrony.
- ✓ Sumę ubezpieczenia podaje Ubezpieczający według wartości odtworzeniowej, ewidencyjnej brutto, ewidencyjnej netto, rzeczywistej.
- ✓ Sumę ubezpieczenia dla budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia ustala Ubezpieczający dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia według: wartości ewidencyjnej brutto, jeżeli stopień umorzenia nie przekracza 50%, ewidencyjnej netto, przy czym suma ubezpieczenia ustalona według wartości netto nie może być niższa, niż 30% wartości ewidencyjnej brutto; wartości rzeczywistej, wartości odtworzeniowej, pod warunkiem że stopień technicznego zużycia nie przekracza 50%. Suma ubezpieczenia dla środków obrotowych – najwyższa przewidywana w okresie ubezpieczenia wartość dzienna odpowiadająca cenie ich nabycia lub kosztom wytworzenia,
- ✓ Suma ubezpieczenia dla nakładów inwestycyjnych – wartość odpowiadająca poniesionym lub przewidywanym w okresie ubezpieczenia wydatkom,
- ✓ Suma ubezpieczenia dla wartości pieniężnych – najwyższa przewidywana w okresie ubezpieczenia dzienna wartość nominalna (wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote według średniego kursu ogłoszonego przez Prezesa NBP),
- ✓ Koszty usunięcia pozostałości po szkodzie, w granicach 10% rozmiaru szkody.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- ✗ Szkód w gruntach (łącznie z systemem melioracji lub kanałów przepustowych), zbiornikach wodnych.
- ✗ Szkód powstałych w , zawłaszczenia mienia, nacjonalizacji, rekwizycji, zniszczenia, które nastąpiły na mocy wydanego przez władze aktu prawnego dotyczącego ubezpieczonego mienia, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu, rewolucji, wojny domowej, inwazji, najazdu, wrogich działań innego państwa, działań wojennych, zamieszek społecznych, rozruchów, strajków, lokautów i niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, promieniowania jonizacyjnego lub skażenia radioaktywnego, bez względu na to czy źródłem ich pochodzenia jest paliwo jądrowe, czy jakiekolwiek odpady promieniotwórcze powstałe w wyniku reakcji rozpadu albo syntezy jądrowej, skażenia lub zanieczyszczenia, chyba że powstały one w ubezpieczonym mieniu wskutek innego zdarzenia nie wyłączonego z zakresu ubezpieczenia.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku długotrwałego, naturalnego, osiadania lub przemieszczania się gruntu, erozji morskiej albo rzecznej, działania wody na budowle i urządzenia wodne, z wyjątkiem szkód spowodowanych występującą w obrębie koryta rzeki lub innego naturalnego lub sztucznego zbiornika wodnego falą powodziową o takiej wielkości i sile działania, jaka nie została przewidziana przy projektowaniu budowli lub urządzenia wodnego jako zbyt rzadko występująca.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku zakłóceń lub przerwy w dostawie czynnika chłodzącego, smaru, oleju, paliwa oraz innych materiałów eksploatacyjnych, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku niewłaściwego wykonawstwa lub projektu, wad ukrytych oraz innych wad materiałowych, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku zaboru mienia, zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisywania stanu ilościowego majątku lub kradzieży, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem lub rabunku.
- ✗ Szkód powstałych w genetycznych, działania wirusów oraz bakterii.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku działania wiatru, śniegu i gradu na namioty, szklarnie i inspekty.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku parowania, działania światła, systematycznej i powolnej zmiany wilgotności, temperatury lub struktury oraz zmian estetycznych, takich jak zarysowanie, pomalowanie lub umieszczenie napisów.
- ✗ Szkód powstałych w wyniku awarii i uszkodzeń maszyn, urządzeń lub aparatów powstałych wskutek przyczyn związanych z ich eksploatacją, konstrukcją i obsługą, chyba że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia; za awarię i uszkodzenie uważa się stan techniczny maszyny, urządzenia lub aparatu, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację oraz zmniejszenie sprawności lub niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu ograniczające jego zdatność do działania.
- ✗ Szkód powstałych w budowlach i budynkach podczas robót budowlanych lub remontowych, przeznaczonych do rozbiórki oraz znajdującym się w nich mieniu, a także maszynach, urządzeniach i wyposażeniu przeznaczonych do likwidacji przed powstaniem szkody.
- ✗ Szkód powstałych w drzewach, krzewach, uprawach i zwierzętach.

- ✕ Szkód powstałych w mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem szkody oraz mieniu, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez właściwe organy za fałszywy.
- ✕ Szkód powstałych w środkach obrotowych lub mieniu osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczenia przekazanych w celu wykonania usługi podczas obróbki, wytwarzania, testowania, naprawy, czyszczenia, przywracania do pierwotnego stanu lub renowacji, jeśli szkoda powstała bezpośrednio wskutek przeprowadzania tych działań.
- ✕ Szkód powstałych w środkach obrotowych spowodowanych zmianą temperatury ich przechowywania wskutek awarii urządzeń chłodniczych.
- ✕ Szkód powstałych w biżuterii, kamieniach szlachetnych, metalach szlachetnych, dziełach sztuki oraz innych przedmiotach o charakterze artystycznym, zabytkowym lub unikatowym, chyba że umówiono się inaczej.
- ✕ Strat pośrednich, związanych między innymi z opóźnieniami, utratą rynku, utratą zysku, zwiększonymi kosztami prowadzenia działalności.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczenie ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! Sumy ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, chyba że strony w umowie ustaliły odrębny, niższy limit odpowiedzialności.
- ! Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

  Szkód powstałych w skutek wybuchu wywołanego przez Ubezpieczającego w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych lub innych, zapadania lub osuwania się ziemi, gdy są to szkody powstałe w wyniku działalności zakładu górniczego w rozumieniu Ustawy Prawo geologiczne i górnicze.
- ! Szkód powstałych w wyniku zalania, jeśli do powstania szkody przyczynił się zły stan dachu bądź niezabezpieczone lub nieprawidłowo zabezpieczone otwory dachowe albo inne elementy budynku; nie dotyczy to szkód w mieniu znajdującym się w pomieszczeniach najmowanych, jeżeli do obowiązków Ubezpieczającego nie należy dbanie o stan techniczny budynku lub lokalu oraz jeśli do dnia powstania szkody Ubezpieczający nie wiedział o istniejących zaniedbaniach w tym zakresie lub o nich wiedział i posiada pisemne dowody występowania do właściciela z żądaniem ich usunięcia.
- ! Szkód powstałych w wyniku przepięć za wyjątkiem przepięć powstałych wskutek działania elektryczności atmosferycznej, chyba że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia.
- ! Szkód powstałych w wyniku niedziałaniu, nieprawidłowym działaniu lub nieprawidłowym zastosowaniu oprogramowania lub nośników informacji a także niedostępności, utarcie lub zniekształceniu informacji przechowywanej lub przetwarzanej przez sprzęt, oprogramowanie lub nośnik informacji, chyba, że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia.
- ! Szkód powstałych w wyniku deformowania, osiadania lub pękania budynku, budowli lub ich części, chyba że szkoda powstała wskutek innego zdarzenia nie wyłączonego z zakresu ubezpieczenia.
- ! Sumy ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczonego na sumy stałe lub na sumy zmienne, która jest niższa od jego wartości w dniu szkody, wówczas kwota zostaje pomniejszona w takim stosunku w jakim suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości w dniu szkody.
- ! Szkód w mieniu podlegającym obróbce, wytwarzaniu, testowaniu, naprawie, czyszczeniu, przywracaniu do pierwotnego stanu, zmianie lub renowacji, jeśli szkoda powstała bezpośrednio wskutek przeprowadzania tych działań.
- ! Szkód w wyniku niedziałania, nieprawidłowego działania lub nieprawidłowego zastosowania sprzętu, oprogramowania lub nośników informacji używanych w dowolnym elektronicznym urządzeniu, systemie (np. w komputerze, sterowniku mikroprocesorowym, układzie scalonym) lub sieci, a także niedostępności, utracie lub zniekształceniu informacji przechowywanej lub przetwarzanej przez sprzęt, oprogramowanie lub nośnik informacji używane w dowolnym elektronicznym urządzeniu, systemie lub sieci, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
- ! Szkód wynikłych z stopniowego pogarszania się stanu ubezpieczonego mienia w związku z normalnym zużyciem, korozją, naturą przedmiotu ubezpieczenia, stopniowo postępującym pogarszaniem właściwości, odkształcaniem lub deformacją, powolnym działaniem czynników termicznych i biologicznych (m.in. pleśni, porostów, grzybów, mokrego i suchego rozkładu, insektów, bakterii), chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Polski.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki.

– Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

– Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego, a także stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia.

W razie zajścia wypadku Ubezpieczony ma obowiązek:

– użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,

– niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości, zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie,

– niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa,

– pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody,

– umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia,

– zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy 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 ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka lub rata składki.

Jak rozwiązać umowę?

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk

KOD: MP/OW095/1809

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 3

Postanowienia ogólne 5

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek 5

Definicje 5

Przedmiot i miejsce ubezpieczenia 7

Zakres ubezpieczenia 8

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia 10

Suma ubezpieczenia i składka 11

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela 13

Prawa i obowiązki stron umowy 14

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania 17

Wypłata odszkodowania 20

Regres ubezpieczeniowy 21

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego 21

Postanowienia końcowe 22

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk z dnia 24 września 2018 r. – opcjonalne klauzule dodatkowe 24

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych 32

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Numer zapisu	
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§ 5 ust. 1, 2, 3, 4; § 6 ust. 1, 2, 3, 4, 5; § 9 ust. 4; § 25; § 26 ust. 3; § 30 ust. 1, 2, 3, 4. Opcjonalne klauzule dodatkowe: 501 ust. 1; 502 ust. 1, 6; 503 ust. 1; 504 ust. 1, 2; 505 ust. 1; 506 ust. 1; 507 ust. 1; 508 ust. 1; 509 ust. 1, 3; 510 ust. 1; 511 ust. 1; 512 ust. 1, 2, 5; 513 ust. 1, 4; 514 ust. 1, 2, 3, 5.	§ 5 ust. 5; § 6 ust. 3, 6; § 7; § 9 ust. 1, 2, 3; § 18; § 19 ust. 5; § 20 ust. 2; § 21 ust. 2; § 22 ust. 3, 4, 6, 7; § 23 ust. 1 pkt. 1), 2), 5), 7), 8), 9); § 23 ust. 2, 3; § 24; § 25; § 26 ust. 1, 2; § 27; § 28; § 30 ust. 5; § 33 ust. 4, 5. Opcjonalne klauzule dodatkowe: 501 ust. 2, 3, 4, 5; 502 ust. 2, 3, 4, 5; 503 ust. 1, 3; 504 ust. 1, 3; 505 ust. 2, 3; 506 ust. 2; 507 ust. 3, 4, 5; 508 ust. 2, 3; 509 ust. 2, 4, 5, 6, 7; 510 ust. 2, 3, 4; 511 ust. 3, 4, 5; 512 ust. 6, 7, 8; 513 ust. 2, 3, 5, 6, 7; 514 ust. 4, 11, 12.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem", zawiera umowy ubezpieczenia mienia z przedsiębiorcami, osobami prawnymi nie będącymi przedsiębiorcami i innymi jednostkami organizacyjnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk z łączną sumą ubezpieczenia przekraczającą 10 000 000 PLN, przy czym dodatkowe limity odpowiedzialności ustalone w umowie nie powodują zwiększenia łącznej sumy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczającym może być każdy podmiot prowadzący ewidencję mienia w formie przewidzianej w ustawie o rachunkowości.

§ 2

1. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych przez strony warunkach odbiegających od postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Opcjonalne klauzule dodatkowe wymienione w załączniku mogą być włączone do umowy ubezpieczenia na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Włączenie klauzul do umowy ubezpieczenia jest pisemnie potwierdzane w dokumencie ubezpieczenia.
3. Inne postanowienia umowne uzgodnione i podpisane przez strony powinny być sporządzone na piśmie i w pełnym brzmieniu dołączone do umowy, pod rygorem ich nieważności.

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 3

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na cudzy rachunek (Ubezpieczonego); w takim przypadku postanowienia umowy stosuje się odpowiednio do osoby, na rachunek której zawarto umowę.
2. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu ogólne warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu ogólnych warunków ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

Definicje

§ 4

W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za:

1.	budowle	uważa się trwale związane z gruntem obiekty budowlane inne niż budynki, wraz z instalacjami i urządzeniami, stanowiące całość techniczną i użytkową,
2.	budynki	uważa się obiekty budowlane, które są trwale związane z gruntem, wydzielone z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadające fundamenty i dach, wraz z wbudowanymi instalacjami, urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiące całość techniczną i użytkową,
3.	franszyzę redukcyjną	uważa się ustaloną w umowie ubezpieczenia kwotę pomniejszającą łączne odszkodowanie za wszystkie szkody wynikłe z jednego zdarzenia,

4.	jednostkę obliczeniową (j.o.)	uważa się kwotę odpowiadającą 120-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za ostatni kwartał według danych publikowanych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Monitorze Polskim,
5.	kradzież z włamaniem	uważa się dokonanie albo usiłowanie zaboru mienia z lokalu: a) po uprzednim usunięciu siłą przez sprawcę zabezpieczeń lub otworzeniu wejścia do lokalu przy użyciu narzędzi, albo podrobionego lub dopasowanego klucza, bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego lokalu lub w wyniku rabunku, b) przez sprawcę, który ukrył się w lokalu przed jego zamknięciem, jeśli pozostawił ślady mogące służyć jako dowód jego potajemnego ukrycia,
6.	lokal	uważa się przestrzeń wydzieloną ścianami (przegrodami), stanowiącą funkcjonalną lub gospodarczą całość, służącą zaspokojeniu potrzeb Ubezpieczającego, użytkowaną na mocy posiadanego przez niego tytułu prawnego, składającą się z jednego lub większej liczby pomieszczeń,
7.	mienie pracownicze	uważa się mienie prywatnego użytku pracowników Ubezpieczającego zatrudnionych w ramach umowy o pracę, z wyłączeniem wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody w mieniu pracowniczym w sytuacjach określonych przepisami o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
8.	monitoring czynny	uważa się system ochrony przeciwkradzieżowej spełniający łącznie niżej wymienione warunki: a) działa w oparciu o elektroniczny układ czujek i wywołuje alarm w agencji ochrony lub jednostce policji w przypadku naruszenia zabezpieczeń chronionego lokalu b) odbiór sygnału alarmowego, o którym mowa w pkt. a) zobowiązuje agencję lub policję do bezzwłocznego wysłania patrolu interwencyjnego do chronionego miejsca,
9.	nakłady inwestycyjne	uważa się poniesione i / lub przewidziane do poniesienia wydatki na remonty kapitalne i adaptacyjne w środkach trwałych nie będących własnością Ubezpieczającego,
10.	rabunek	uważa się zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej na osobie albo doprowadzeniu jej do stanu nieprzytomności lub bezbronności,
11.	Ubezpieczającego uważa się reprezentantów Ubezpieczającego rozumianych jako:	a) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora, jego zastępców, jego pełnomocników oraz zarządcę, b) w przypadku spółek z ograniczą odpowiedzialnością i spółek akcyjnych – członków zarządu, prokurentów i ich pełnomocników, c) w przypadku spółek komandytowo-akcyjnych – komplementariusza będącego osobą fizyczną, akcjonariusza, prokurentów i ich pełnomocników, d) w przypadku spółek jawnych i komandytowych – wspólników, komplementariuszów będących osobami fizycznymi, prokurentów i ich pełnomocników, e) w przypadku spółek partnerskich – partnerów, prokurentów i ich pełnomocników, f) w przypadku spółek cywilnych – wspólników oraz ich pełnomocników, g) w przypadku osób fizycznych – osobę fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia i jej pełnomocników, h) w przypadku spółdzielni, fundacji i stowarzyszeń – członków zarządu,
12.	stały dozór	uważa się całodobowy dozór pełniony w miejscu ubezpieczenia przez pracowników Ubezpieczającego lub licencjonowaną agencję ochrony mienia na zlecenie Ubezpieczającego. Osoby sprawujące dozór muszą posiadać pisemnie określony zakres obowiązków obejmujący co najmniej: a) określenie miejsca wykonywania dozoru i /lub mienia, które podlega ochronie, z zastrzeżeniem, że po godzinach pracy Ubezpieczającego osoby pełniące stały dozór obowiązane są przynajmniej co godzinę dokonywać obchodu obszaru podlegającego ochronie, sprawdzić stan zabezpieczeń i sporządzić raport w książce dyżurów lub w innej trwałej formie, b) procedury dotyczące zasad postępowania w przypadku naruszenia zabezpieczeń lub próby włamania,
13.	środki obrotowe	uważa się surowce lub materiały, wytworzone lub przetworzone produkty gotowe albo znajdujące się w toku produkcji, półprodukty oraz towary nabyte do produkcji lub prowadzenia działalności a także w celu sprzedaży,
14.	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 lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy albo skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
15.	wartość ewidencyjną brutto	uważa się wartość mienia wynikającą z ewidencji księgowej odpowiadającą jego wartości początkowej, stanowiącej cenę nabycia lub koszt wytworzenia środka trwałego, powiększoną o koszty jego ulepszenia i skorygowaną w wyniku aktualizacji wyceny,
16.	wartość ewidencyjną netto	uważa się wartość aktualną mienia wynikającą z ewidencji księgowej po potrąceniu odpisów amortyzacyjnych lub umorzeniowych,
17.	wartość odtworzeniową (nową)	uważa się wartość odpowiadającą kosztom odtworzenia mienia do stanu nowego lecz nie ulepszonego, to jest: a) w przypadku budynku lub budowli – wartość odpowiadającą kosztom odbudowy w tym samym miejscu, z uwzględnieniem dotychczasowych technologii, konstrukcji i standardu wykończenia, przy zastosowaniu dotychczasowych wymiarów i materiałów, b) w przypadku maszyn, urządzeń i wyposażenia – wartość odpowiadającą kosztom zakupu lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, typu oraz o tych samych parametrach, z uwzględnieniem kosztów transportu i montażu. Jeżeli nie jest możliwy zakup lub wytworzenie mienia o tych samych parametrach dopuszcza się, aby wartość odpowiadała kosztom zakupu mienia o najbardziej zbliżonych parametrach,
18.	wartość rzeczywistą	uważa się wartość odtworzeniową (nową) pomniejszoną o wyrażony w procentach stopień technicznego zużycia,

19.	wartości pieniężne i przedmioty wartościowe	a) krajowe i zagraniczne znaki pieniężne, b) czeki, z wyjątkiem czeków zakreślonych, skasowanych lub opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa”, „należność do inkasa” lub inną o podobnym charakterze, c) weksle, z wyjątkiem weksli opatrzonych indosem pełnomocniczym, zawierającym wzmiankę „wartość do inkasa” lub inną o podobnym charakterze, d) inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę z wyłączeniem kart płatniczych, kredytowych, charge i debetowych,
20.	wyposażenie	uważa się rzeczowe ruchome składniki majątku wykorzystywane w prowadzonej działalności, nie stanowiące elementów budynku i budowli, nie będące maszynami, urządzeniami, środkami obrotowymi ani nakładami inwestycyjnymi.
21.	zużycie techniczne	uważa się trwałe zmiany fizyko-chemiczne, w wyniku których okres zdatności do pełnienia przez mienie określonych funkcji użytkowych stopniowo się wyczerpuje (zmniejsza).

Przedmiot i miejsce ubezpieczenia

§ 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia może być określone w umowie ubezpieczenia:
   1) mienie wykorzystywane w związku z prowadzoną działalnością, ewidencjonowane, stanowiące własność Ubezpieczającego lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego, w tym mienie przewłaszczone na zabezpieczenie, takie jak:
      a) budynki i budowle,
      b) maszyny, urządzenia i wyposażenie,
      c) wartości pieniężne,
      d) nakłady inwestycyjne,
      e) środki obrotowe.
   2) mienie osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczeniowym przekazane Ubezpieczającemu na podstawie tytułu prawnego,
   3) mienie pracownicze w tym pojazdy pracowników, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia z podaniem odrębnych sum ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że pojazdy objęte są ochroną wyłącznie podczas postoju w miejscu ubezpieczenia.
2. Mienie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wymienionym w umowie ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest mienie w miejscu, do którego zostało przeniesione z miejsca ubezpieczenia w związku z bezpośrednim narażeniem na powstanie szkody objętej ochroną zgodnie z niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Mienie objęte jest także ochroną w trakcie przenoszenia lub przewożenia w powyższe miejsce.
4. Jeżeli Ubezpieczający zbywa przedmiot ubezpieczenia postanawia się, że:
   1) prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia; przeniesienie tych praw wymaga zgody Ubezpieczyciela,
   2) w razie przeniesienia praw, o których mowa w pkt. 1, na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą Ubezpieczyciela umówiły się inaczej.; pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
   3) jeżeli prawa, o których mowa w pkt. 1, nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
   4) postanowienia pkt. 1–3 nie mają zastosowania przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

5. Przedmiotem ubezpieczenia nie mogą być:
   1) grunty (łącznie z systemem melioracji lub kanałów przepustowych), zbiorniki wodne chyba, że są to sztuczne zbiorniki na terenie ubezpieczonej lokalizacji, wody powierzchniowe, wody podziemne, kanały, rowy, mola, mienie podziemne znajdujące się w zakładach górniczych w rozumieniu Ustawy prawo geologiczne i górnicze,
   2) akta, dokumenty, dane na nośnikach wszelkiego rodzaju, prototypy, wzory i eksponaty muzealne, chyba, że umówiono się inaczej.

Zakres ubezpieczenia

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje szkody polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia, będące następstwem zdarzenia o charakterze losowym i niepewnym, które wystąpiło nagle, nieprzewidzianie i niezależnie od woli Ubezpieczającego i zaistniało w miejscu i okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7.
2. Ubezpieczone mienie objęte jest także ochroną od szkód powstałych wskutek akcji gaśniczej, ratowniczej, wyburzenia lub odgruzowania, prowadzonych w związku z wystąpieniem zdarzeń, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia losowego objętego ochroną Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu koszty poniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, w granicach jego sumy ubezpieczenia, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Powyższe koszty są zwracane nawet jeżeli nie wystąpiła szkoda w ubezpieczonym mieniu.
4. Jeżeli koszty wymienione w ust. 3 zostały poniesione na pisemne polecenie Ubezpieczyciela, wówczas koszty te zostaną zwrócone w całości nawet, jeżeli odszkodowanie za szkodę w mieniu powiększone o te koszty przekracza łączną sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności uzgodniony dla danej umowy ubezpieczenia.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek postanowienia ustępów 3 i 4 stosuje się również do Ubezpieczonego.
6. Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka Ubezpieczyciel może wprowadzić do umowy ubezpieczenia odrębny limit odpowiedzialności oraz franszyzę redukcyjną dla przedmiotu ubezpieczenia lub szkód powstałych wskutek określonych zdarzeń ubezpieczeniowych.

§ 7

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje szkód bezpośrednio lub pośrednio powstałych wskutek:
   1) konfiskaty, zawłaszczenia mienia, nacjonalizacji, rekwizycji, zniszczenia, które nastąpiły na mocy wydanego przez władze aktu prawnego dotyczącego ubezpieczonego mienia,
   2) stanu wojennego, stanu wyjątkowego, przewrotu, rewolucji, wojny domowej, inwazji, najazdu, wrogich działań innego państwa, działań wojennych,
   3) zamieszek społecznych, rozruchów, strajków, lokautów i niepokojów społecznych,
   4) aktów terroryzmu,
   5) promieniowania jonizacyjnego lub skażenia radioaktywnego, bez względu na to czy źródłem ich pochodzenia jest paliwo jądrowe, czy jakiekolwiek odpady promieniotwórcze powstałe w wyniku reakcji rozpadu albo syntezy jądrowej,
   6) skażenia lub zanieczyszczenia, chyba że powstały one w ubezpieczonym mieniu wskutek innego zdarzenia nie wyłączonego z zakresu ubezpieczenia.

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje również szkód powstałych wskutek:
   1) wybuchu wywołanego przez Ubezpieczającego w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych lub innych,
   2) zapadania lub osuwania się ziemi, gdy są to szkody powstałe w wyniku działalności zakładu górniczego w rozumieniu Ustawy Prawo geologiczne i górnicze,
   3) działania wody lub innych płynów w środkach obrotowych oraz pozostałym mieniu ruchomym wyłączonym z użytkowania, w przypadku przechowywania niżej niż 10 cm nad podłogą znajdującą się poniżej poziomu gruntu, chyba że zalanie mienia nastąpiło bezpośrednio z góry; strony umowy mogą uzgodnić inną indywidualną wysokość przechowywania mienia nad podłogą,
   4) zalania, jeśli do powstania szkody przyczynił się zły stan dachu bądź niezabezpieczone lub nieprawidłowo zabezpieczone otwory dachowe albo inne elementy budynku; nie dotyczy to szkód w mieniu znajdującym się w pomieszczeniach najmowanych, jeżeli do obowiązków Ubezpieczającego nie należy dbanie o stan techniczny budynku lub lokalu oraz jeśli do dnia powstania szkody Ubezpieczający nie wiedział o istniejących zaniedbaniach w tym zakresie lub o nich wiedział i posiada pisemne dowody występowania do właściciela z żądaniem ich usunięcia,
   5) długotrwałego, naturalnego, osiadania lub przemieszczania się gruntu, erozji morskiej albo rzecznej,
   6) działania wody na budowle i urządzenia wodne, z wyjątkiem szkód spowodowanych występującą w obrębie koryta rzeki lub innego naturalnego lub sztucznego zbiornika wodnego falą powodziową o takiej wielkości i sile działania, jaka nie została przewidziana przy projektowaniu budowli lub urządzenia wodnego jako zbyt rzadko występująca,
   7) stopniowego pogarszania się stanu ubezpieczonego mienia między innymi w związku z normalnym zużyciem, korozją, systematycznym: zawilgacaniem, przesiąkaniem, działaniem wód gruntowych, przemarzaniem ścian; naturą przedmiotu ubezpieczenia, stopniowo postępującym: pogarszaniem właściwości, odkształcaniem lub deformacją; powolnym działaniem czynników termicznych lub biologicznych (m.in. pleśni, porostów, grzybów, mokrego lub suchego rozkładu, insektów, bakterii), chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia,
   8) zakłóceń lub przerwy w dostawie czynnika chłodzącego, smaru, oleju, paliwa oraz innych materiałów eksploatacyjnych, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia,
   9) niewłaściwego wykonawstwa lub projektu, wad ukrytych oraz innych wad materiałowych, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia,
   10) zaboru mienia, zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisywania stanu ilościowego majątku lub kradzieży, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem lub rabunku w rozumieniu § 4 pkt. 5 i 10, z zastrzeżeniem postanowień klauzuli 512 i klauzuli 514,
   11) kradzieży z włamaniem w obiektach zabezpieczonych niezgodnie z postanowieniami określonymi w § 19 ust. 2 i 3 lub z indywidualnymi wymaganiami określonymi zgodnie z § 19 ust. 4,
   12) modyfikacji genetycznych, działania wirusów oraz bakterii,
   13) działania wiatru, śniegu i gradu na namioty, szklarnie i inspekty,
   14) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek niniejsze wyłączenie stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego,
   15) przepięć za wyjątkiem przepięć powstałych wskutek działania elektryczności atmosferycznej, chyba że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.
3. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody polegające na:
   1) niedziałaniu, nieprawidłowym działaniu lub nieprawidłowym zastosowaniu oprogramowania lub nośników informacji a także niedostępności, utracie lub zniekształceniu informacji przechowywanej

lub przetwarzanej przez sprzęt, oprogramowanie lub nośnik informacji, chyba, że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia,

2) parowaniu, działaniu światła, systematycznych i powolnych zmianach wilgotności, temperatury lub struktury oraz zmian estetycznych, takich jak zarysowanie, pomalowanie lub umieszczenie napisów,

3) deformowaniu, osiadaniu lub pękaniu budynku, budowli lub ich części, chyba że szkoda powstała wskutek innego zdarzenia nie wyłączonego z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia.

4) awariach i uszkodzeniach maszyn, urządzeń lub aparatów powstałych wskutek przyczyn związanych z ich eksploatacją, konstrukcją i obsługą, chyba że w ich następstwie wystąpiło inne zdarzenie nie wyłączone z zakresu ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia; za awarię i uszkodzenie uważa się stan techniczny maszyny, urządzenia lub aparatu, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację oraz zmniejszenie sprawności lub niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu ograniczające jego zdatność do działania.

4. Ochrona nie obejmuje szkód powstałych w:

1) budowlach i budynkach przeznaczonych do rozbiórki oraz znajdującym się w nich mieniu, a także maszynach, urządzeniach i wyposażeniu przeznaczonych do likwidacji przed powstaniem szkody,

2) drzewach, krzewach, uprawach i zwierzętach,

3) mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofanym z obrotu przed powstaniem szkody oraz mieniu, którego zakup potwierdzony jest dowodem uznanym przez właściwe organy za fałszywy,

4) budynkach i budowlach podczas robót budowlanych lub remontowych, na które zgodnie z ustawą Prawo budowlane wymagane jest zezwolenie, chyba że umówiono się inaczej, chyba że roboty te nie miały wpływu na powstanie lub wysokość szkody

5) środkach obrotowych lub mieniu osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczenia przekazanych w celu wykonania usługi podczas obróbki, wytwarzania, testowania, naprawy, czyszczenia, przywracania do pierwotnego stanu lub renowacji, jeśli szkoda powstała bezpośrednio wskutek przeprowadzania tych działań,

6) środkach obrotowych spowodowanych zmianą temperatury ich przechowywania wskutek awarii urządzeń chłodniczych,

7) biżuterii, kamieniach szlachetnych, metalach szlachetnych, dziełach sztuki oraz innych przedmiotach o charakterze artystycznym, zabytkowym lub unikatowym, chyba że umówiono się inaczej.

5. Ubezpieczyciel nie pokrywa strat pośrednich, związanych między innymi z opóźnieniami, utratą rynku, utratą zysku, zwiększonymi kosztami prowadzenia działalności.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej:

1) dane ubezpieczającego i Ubezpieczonego w tym ich nazwę, adres i NIP,

2) miejsce ubezpieczenia,

3) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej,

4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,

5) sumę ubezpieczenia i sposób jej ustalenia,

6) okres ubezpieczenia,

7) liczbę i wielkość szkód w okresie ostatnich 3 lat, z rozbiciem na poszczególne lata.

3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z umową.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 i 3, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić lub sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek ubezpieczeniowy Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumenty, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we wniosku. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Suma ubezpieczenia i składka

§ 9

Postanowienia wspólne

1. Suma ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia lub uzgodniony w umowie limit odpowiedzialności stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 oraz § 10–12. Sumę ubezpieczenia ustala Ubezpieczający według wartości ubezpieczonego mienia zgodnie z zasadami określonymi w § 10–12.
2. W ubezpieczeniu mienia od kradzieży z włamaniem i rabunku górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest określona w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności. W ubezpieczeniu wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych od kradzieży z włamaniem i rabunku granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest określony w umowie lub uzgodniony przez strony umowy limit, z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do wartości pieniężnych nie przekracza on limitów dla przechowywania wartości pieniężnych określonych w § 19 ust. 3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia wartości pieniężnych jest wyższa, granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela stanowi podany w § 19 ust. 3 limit wyrażony w jednostkach obliczeniowych.
3. Sumę ubezpieczenia ustala się bez podatku od towarów i usług podlegającego odliczeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami, chyba że umówiono się inaczej.
4. W ramach limitu określonego w umowie Ubezpieczający może ustalić dodatkową, prewencyjną sumę ubezpieczenia w celu ograniczenia ewentualnego niedoubezpieczenia. Prewencyjna suma ubezpieczenia ma zastosowanie do tych pozycji mienia, w których po szkodzie stwierdzono niedoubezpieczenie. Prewencyjna suma ubezpieczenia powinna zostać wymieniona jako odrębna pozycja, która nie powiększa sumy ubezpieczenia.
5. Sumy ubezpieczenia są zawsze ustalane przez Ubezpieczającego.

§ 10

Ubezpieczenie na sumy stałe

1. Sumę ubezpieczenia dla budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia ustala Ubezpieczający dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia według:
   1) wartości ewidencyjnej:
      a) brutto,
      b) netto,
   2) wartości rzeczywistej,
   3) wartości odtworzeniowej,

przy czym przez sumę ubezpieczenia przedmiotu w przypadku, gdy odpowiada ona wartości ewidencyjnej brutto lub netto, rozumie się wartość danej pozycji określoną zgodnie z ewidencją środków trwałych, a w przypadku wartości odtworzeniowej lub rzeczywistej – zgodnie z wykazem załączonym do umowy ubezpieczenia. W braku wykazu ubezpieczonego mienia przyjmuje się, że ubezpieczeniem objęta jest całość mienia znajdującego się w ubezpieczonej lokalizacji.

2. Podstawę określenia sumy ubezpieczenia w pozostałych grupach mienia stanowi:
   1) dla środków obrotowych – najwyższa przewidywana w okresie ubezpieczenia wartość odpowiadająca cenie ich nabycia lub kosztom wytworzenia,
   2) dla nakładów inwestycyjnych – wartość odpowiadająca poniesionym lub przewidywanym w okresie ubezpieczenia wydatkom,
   3) dla wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych: – najwyższa przewidywana w okresie ubezpieczenia wartość nominalna,
   4) dla mienia przyjętego w celu wykonania usługi lub sprzedaży od osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczeniowym – najwyższa przewidywana w okresie ubezpieczenia wartość rzeczywista.

§ 11

Ubezpieczenie na sumy zmienne

1. Środki obrotowe mogą zostać ubezpieczone na sumy zmienne, jeśli ich wartość w okresie ubezpieczenia ulega zmianom.
2. Suma ubezpieczenia powinna odpowiadać najwyższej przewidywanej w okresie ubezpieczenia dziennej wartości środków obrotowych, ustalonej zgodnie z postanowieniem § 10 ust. 2 pkt. 1.
3. Ubezpieczający opłaca składkę zaliczkową w wysokości co najmniej 50% składki naliczonej w oparciu o wartość określoną w ust. 2.
4. Ubezpieczający obowiązany jest w terminie do 30 dni od daty zakończenia okresu ubezpieczenia przedstawić Ubezpieczycielowi wartości stanów środków obrotowych z ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego tego okresu. Składkę ostateczną otrzymuje się przez pomnożenie średniej arytmetycznej przedstawionych wartości środków obrotowych przez stawkę przyjętą w umowie ubezpieczenia dla środków obrotowych.
5. Jeżeli składka ostateczna przekracza składkę zaliczkowa, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia powstałej różnicy w ciągu 14 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczyciela rachunku. W przypadku niedokonania rozliczenia w trybie określonym w ust. 4 Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składkę w wysokości składki naliczonej.

§ 12

Ubezpieczenie na pierwsze ryzyko

1. Sumę ubezpieczenia mienia pracowniczego przypadającą na jednego pracownika ustala Ubezpieczający w wysokości prawdopodobnej maksymalnej straty, jaka może powstać wskutek jednego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia. Całkowita suma ubezpieczenia mienia pracowniczego odpowiada iloczynowi kwoty przyjętej jako suma ubezpieczenia przypadająca na jednego pracownika i liczby pracowników.
2. Sumę ubezpieczenia nakładów inwestycyjnych Ubezpieczający może ustalić w wysokości prawdopodobnej maksymalnej straty, jaka może powstać wskutek jednego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Mienie określone w § 5 ust. 1 punktach: 1b), 1c), 1d), 1e), 2), 3) może zostać ubezpieczone na pierwsze ryzyko od kradzieży z włamaniem i rabunku. Sumę ubezpieczenia w takim przypadku ustala Ubezpieczający kierując się szacowaną wysokością maksymalnej straty, jaka może powstać wskutek jednego zdarzenia, przy zachowaniu zasad określonych w § 10. W odniesieniu do pojazdów pracowników ustala się jedną łączną sumę ubezpieczenia dla wszystkich ubezpieczonych pojazdów.

§ 13

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Składka może ulec zniżce ze względu na:
   a) stopień bezpieczeństwa pożarowego budynków,
   b) stosowanie urządzeń służących do wykrywania i alarmowania o pożarze,
   c) stosowanie sił i środków służących do gaszenia pożaru,
   d) wysokość franszyzy redukcyjnej,
   e) bezszkodowy przebieg ubezpieczenia,
   f) krótszy niż 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
4. Składka może ulec podwyższeniu ze względu na:
   a) stopień bezpieczeństwa pożarowego budynków,
   b) rozłożenie płatności składki na raty.
5. Ubezpieczyciel może w przypadkach uzasadnionych rodzajem ubezpieczonego mienia, środkami jego zabezpieczenia, zgłoszonymi szkodami lub innymi ważnymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka, wyznaczyć składkę ubezpieczeniową uwzględniając powyższe czynniki.
6. W przypadku określenia sumy ubezpieczenia w walucie obcej wartość składki określonej w walucie obcej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłoszonego przez Prezesa NBP z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Składka jest płatna jednorazowo w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, jednakże na wniosek Ubezpieczającego składka może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
8. Rozliczenia składki dokonywane będą zgodnie z zasadą pro rata temporis, to znaczy Ubezpieczycielowi należna jest składka w takiej proporcji, w jakiej ilość dni udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pozostaje do okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie, z zastrzeżeniem postanowień § 34.
9. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 14

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy.
3. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).

§ 15

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3.
2. W przypadku gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka lub rata składki.

3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, tylko wtedy gdy po upływie terminu zapłaty raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, a rata składki nie zostanie zapłacona w terminie 7 dni od daty doręczenia wezwania.
4. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela – pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą. Za zapłatę składki lub raty składki, uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

Prawa i obowiązki stron umowy

§ 16

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 jemu znane. 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 w formie pisemnej wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy w innych pismach.
3. Ubezpieczający obowiązany jest stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia a także poinformować Ubezpieczyciela o zaprzestaniu prowadzenia działalności.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1–3 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 17

1. Ubezpieczający obowiązany jest informować Ubezpieczyciela o zmianie adresu miejsca zamieszkania lub siedziby.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony działał przez przedstawiciela, to obowiązek określony w ust. 1 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje także okoliczności znane przedstawicielowi.

§ 18

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 16 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień § 16 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.

§ 19

1. Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów dotyczących ochrony, przechowywania i eksploatacji mienia oraz mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych

oraz wykonywaniu dozoru technicznego, zaleceń i wymagań producentów lub dostawców a także utrzymywania ubezpieczonych lokali wraz z ich zabezpieczeniami w należytym stanie technicznym oraz przestrzegania powszechnie przyjętych środków ostrożności.

2. W odniesieniu do mienia ubezpieczonego od kradzieży z włamaniem Ubezpieczający obowiązany jest do przestrzegania minimalnych wymogów zabezpieczenia mienia, określonych poniżej:

   1) ubezpieczone mienie powinno być przechowywane w lokalach znajdujących się w budynkach wykonanych w technologii uwzględniającej cel użytkowy budynku,

   2) wszystkie elementy konstrukcyjne lokalu, tj. ściany, dachy, okna, drzwi itp. powinny być w należytym stanie technicznym, właściwie zamontowane, osadzone i konserwowane zgodnie z obowiązującymi przepisami, wymogami producenta lub wykonawcy oraz wewnętrznymi przepisami Ubezpieczającego,

   3) drzwi, okna i inne otwory zewnętrzne powinny być zamykane w sposób przewidziany konstrukcją danego zamknięcia, w tym na wszystkie zamki oraz w sposób uniemożliwiający otwarcie ich lub wyważenie bez zniszczenia lub uszkodzenia,

   4) w przypadku ubezpieczenia mienia osób trzecich powierzonego w celu sprzedaży lub wykonania usługi oraz środków obrotowych zlokalizowanych w sklepach, składach, hurtowniach, magazynach, w tym spedycyjnych, logistycznych i celnych, uznaje się że minimalne zabezpieczenia przeciwkradzieżowe powinny spełniać następujące wymogi:

      a) drzwi zewnętrzne do ubezpieczonego lokalu powinny być zamykane na co najmniej dwa zamki wielozastawkowe lub jeden zamek atestowany,

      b) oszklone drzwi zewnętrzne do lokalu, okna lub inne oszklone zewnętrzne otwory w lokalu powinny być zabezpieczone na całej powierzchni stałymi kratami lub szybami o zwiększonej odporności na rozbicie lub przebicie klasy co najmniej P3 lub żaluzjami przeciwwłamaniowymi.

      Postanowienia ppkt. a) i b) powyżej nie mają zastosowania, jeśli dla danego lokalu ustanowiono stały dozór lub monitoring czynny,

   5) postanowienie pkt 4) nie dotyczy składowania i magazynowania w ramach prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności produkcyjnej lub przetwórczej,

   6) za należycie zabezpieczony uznaje się również lokal, za wyjątkiem lokali określonych w pkt 4), do którego drzwi zewnętrzne – ze względu na ich konstrukcję – nie są zamykane na zamek, pod warunkiem ustanowienia dla danego lokalu stałego dozoru i wyposażenia go w urządzenia telewizji przemysłowej z rejestracją obrazu w technice cyfrowej; w takim przypadku drzwi do poszczególnych pomieszczeń znajdujących się w lokalu powinny być po godzinach pracy zamykane na co najmniej jeden zamek wielozastawkowy,

   7) w przypadku ubezpieczenia pojazdów samochodowych lub mechanicznych znajdujących się poza budynkami za należyte zabezpieczenie w/w mienia uważa się parking pod stałym dozorem, ogrodzony parkanem, siatką drucianą lub płotem z bramą zamykaną na zamek lub kłódkę i oświetlony w porze nocnej; w pojazdach tych nie mogą znajdować się kluczyki od stacyjek zapłonowych, wszystkie posiadane systemy zabezpieczające powinny być uruchomione a wszystkie drzwi powinny być zamknięte na zamek fabryczny,

   8) wjazd na parking powinien być zabezpieczony w sposób uniemożliwiający wyjazd pojazdem mechanicznym przez osobę nieuprawnioną bez usunięcia zabezpieczeń przy użyciu siły lub narzędzi

3. Z zastrzeżeniem ust. 2, w ubezpieczeniu wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych od kradzieży z włamaniem (za wyjątkiem dzieł sztuki oraz innych przedmiotów o charakterze artystycznym, zabytkowym lub unikatowym eksponowanych w miejscu ubezpieczenia) Ubezpieczający obowiązany jest do przestrzegania minimalnych wymogów zabezpieczenia określonych poniżej:

   1) wartości pieniężne i przedmioty wartościowe powinny być przechowywane w lokalu zabezpieczonym w sposób określony w ust. 2, a ponadto zgodnie z zasadami podanymi w postanowieniach pkt 2) – 4),

   2) gotówka i inne wartości pieniężne powinny być przechowywane w odpowiednich urządzeniach przeznaczonych do przechowywania wartości pieniężnych:

      a) w urządzeniach klasy I znajdujących się w lokalach chronionych monitoringiem czynnym dopuszcza się przechowywanie wartości do kwoty odpowiadającej 0,5 j.o.,

b) w urządzeniach klasy II znajdujących się w lokalach chronionych monitoringiem czynnym dopuszcza się przechowywanie wartości pieniężnych do kwoty odpowiadającej 1,5 j.o.,

c) w urządzeniach nieokreślonej klasy odporności na włamanie o masie minimum 500 kg znajdujących się w lokalach chronionych monitoringiem czynnym dopuszcza się przechowywanie wartości pieniężnych do kwoty odpowiadającej 0,4 j.o.,

d) w urządzeniach nieokreślonej klasy odporności na włamanie o masie niższej niż 500 kg znajdujących się w lokalach chronionych monitoringiem czynnym dopuszcza się przechowywanie wartości pieniężnych do kwoty odpowiadającej 0,25 j.o.,

e) w urządzeniach nieokreślonej klasy odporności na włamanie o masie niższej niż 500 kg znajdujących się w lokalach chronionych systemem alarmowym nieokreślonej klasy wywołującym alarm lokalny dopuszcza się przechowywanie wartości pieniężnych do kwoty odpowiadającej 0,1 j.o.,

f) w kasetach stalowych lub kasach fiskalnych dopuszcza się przechowywanie wartości pieniężnych w kwocie do 5 000 PLN niezależnie od innych posiadanych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych lokalu,

3) wartości pieniężne mogą się znajdować poza urządzeniami wymienionymi w pkt 2) wyłącznie w przypadku wykonywanych przez ubezpieczającego czynności liczenia lub transportu wewnątrz ubezpieczonego lokalu lub w pomieszczeniu kasowym w czasie trwania obsługi kasowej. W takim wypadku Ubezpieczający winien zapewnić specjalne środki ostrożności zmierzające do ograniczenia ryzyka, np. dodatkową ochronę fizyczną, pozostawienie poza urządzeniem tylko części wartości pieniężnych lub podobne,

4) Ubezpieczyciel zachowuje prawo do określenia szczególnych wymagań w odniesieniu do minimalnych środków zabezpieczenia wartości pieniężnych w innych przypadkach niż wymienione w postanowieniach pkt 1)-3).

4. Na podstawie oceny ryzyka Ubezpieczyciel zachowuje prawo do określenia indywidualnych wymagań w odniesieniu do minimalnych środków zabezpieczenia mienia.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków określonych w ust. 1, 2, 3 i 4, a ich niedopełnienie miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zakresie w jakim niedopełnienie miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar; przy czym dla wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych, przechowywanych niezgodnie z wymogami określonymi w ust. 3 i 4, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do limitu określonego w ust. 3.

§ 20

1. Ubezpieczający obowiązany jest do prowadzenia ksiąg rachunkowych, przechowywania i chronienia dokumentacji finansowej oraz prowadzenia ewidencji ubezpieczonego mienia zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części, w zakresie jakim niedopełnienie obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.

§ 21

1. Ubezpieczający obowiązany jest do usunięcia szczególnych zagrożeń ubezpieczonego mienia lub takich, których usunięcia domagał się Ubezpieczyciel; wyznaczając Ubezpieczającemu termin na ich usunięcie.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie wykonał powyższego obowiązku w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności za szkody powstałe po wyznaczonym terminie w zakresie w jakim niewykonanie obowiązku miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody.

§ 22

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Ponadto do obowiązków Ubezpieczającego należy:
   1) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na cudzy rachunek niniejszy obowiązek obciąża zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek,
   2) niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa,
   3) pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody; Ubezpieczyciel nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli nie rozpoczął likwidacji szkody w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie,
   4) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia,
   5) dostarczyć Ubezpieczycielowi i wyznaczonemu przez niego ekspertowi wszystkie dokumenty, które Ubezpieczyciel lub wyznaczony ekspert uważa za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
3. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust.2 pkt 1 Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
5. 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.
6. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązków wymienionych w ust. 2 pkt 2)-5) Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części, w zakresie jakim niedopełnienie obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.
7. Ubezpieczający winien podjąć bez nieuzasadnionej zwłoki działania w celu naprawy zniszczonych zabezpieczeń lub naprawy bądź odtworzenia uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego mienia. Jeśli naprawa zniszczonych zabezpieczeń trwa dłużej niż 3 dni, Ubezpieczyciel pokrywa koszty ponoszone bezpośrednio w celu ochrony zagrożonego szkodą ubezpieczonego mienia nie dłużej niż przez 3 dni.

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania

§ 23

1. Rozmiar szkody dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia określa się wg cen z dnia ustalenia odszkodowania:
   1) dla budynków i budowli – według wartości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu, z uwzględnieniem dotychczasowych wymiarów, konstrukcji i materiałów, potwierdzonych rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją poszkodowanego:

a) przy ubezpieczeniu według wartości odtworzeniowej – w pełnej wysokości poniesionych wymienionych w ust. 1 kosztów,

b) przy ubezpieczeniu według wartości ewidencyjnej brutto – w pełnej wysokości poniesionych wymienionych
w ust. 1 kosztów,

c) przy ubezpieczeniu według wartości rzeczywistej – z potrąceniem stopnia technicznego zużycia,

d) przy ubezpieczeniu według wartości ewidencyjnej netto – z potrąceniem stopnia umorzenia,

2) dla maszyn, urządzeń i wyposażenia – według ceny zakupu względnie kosztów naprawy rzeczy tego samego rodzaju, typu lub mocy powiększonej o koszty transportu i montażu z uwzględnieniem zasad podanych w pkt. 1),

3) dla środków obrotowych – według cen ich nabycia lub kosztów wytworzenia,

4) jeżeli suma ubezpieczenia zadeklarowana według wartości ewidencyjnej brutto lub ewidencyjnej netto przewyższa tę wartość, Ubezpieczyciel odpowiada do wartości ewidencyjnej brutto lub ewidencyjnej netto wynikającej z ksiąg rachunkowych Ubezpieczającego,

5) dla nakładów inwestycyjnych – według wartości kosztów remontu lub odbudowy w tym samym miejscu, z uwzględnieniem dotychczasowych wymiarów, konstrukcji i materiałów, potwierdzonych rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją poszkodowanego,

6) dla wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych wg wartości nominalnej,

7) dla mienia przyjętego od osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczenia – w celu wykonania usługi lub sprzedaży – według wartości kosztów naprawy uszkodzonych przedmiotów z potrąceniem technicznego zużycia, a w przypadku ich zniszczenia lub utraty – według wartości rzeczywistej mienia, nie więcej jednak niż w wartości oznaczonej w dowodzie przyjęcia, bez uwzględnienia prowizji i marży,

8) dla mienia pracowniczego – według kosztów remontu lub naprawy z potrąceniem faktycznego zużycia lub według wartości rzeczywistej z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do mienia jednego pracownika – w wysokości nie przekraczającej kwoty przyjętej jako część sumy ubezpieczenia przypadającej na jednego pracownika,

9) dla pojazdów pracowników – według kosztów remontu lub naprawy z potrąceniem faktycznego zużycia lub według wartości rynkowej rozumianej jako wartość odpowiadająca cenie zakupu lub sprzedaży na rynku.

2. Rozmiar szkody zmniejsza się o wartość pozostałości, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki lub sprzedaży.

3. Jeżeli Ubezpieczający nie podjął odbudowy lub remontu mienia rozmiar szkody ustalony zostanie z potrąceniem stopnia technicznego zużycia. Powyższe postanowienie ma zastosowanie dla mienia, którego suma ubezpieczenia została określona wg wartości odtworzeniowej lub ewidencyjnej brutto.

4. W przypadku określenia sumy ubezpieczenia w walucie obcej rozmiar szkody i sumę ubezpieczenia przelicza się na złote według średniego kursu ogłoszonego przez Prezesa NBP z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

5. Rozmiar szkody ustala się na podstawie Katalogów Nakładów Rzeczowych i Katalogów Nakładów Pracy oraz publikowanych cen średnich.

§ 24

Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:

1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej z zastrzeżeniem § 23 ust. 1 pkt 6,

2) podatku od towarów i usług podlegającego odliczeniu zgodnie z obowiązującymi przepisami, chyba że suma ubezpieczenia została ustalona w wysokości obejmującej podatek od towarów i usług.

§ 25

W granicach sum ubezpieczenia lub uzgodnionych między stronami odrębnie ustalonych limitów odpowiedzialności określonych w umowie dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia odszkodowanie obejmuje udokumentowane koszty:

1) odpowiadające rozmiarowi szkody obliczonemu zgodnie z § 23 i § 24,
2) zastosowania wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody objętej zakresem ubezpieczenia oraz zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego ubezpieczonego mienia przed taką szkodą, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4,
3) usunięcia pozostałości po szkodzie w granicach 10% rozmiaru szkody objętej zakresem ubezpieczenia,
4) poszukiwania miejsca powstania uszkodzenia do limitu odpowiedzialności 30 000 PLN na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
5) umożliwienia dokonania naprawy lub wymiany uszkodzonego ubezpieczonego mienia, w tym dojazdu do uszkodzonego przedmiotu ubezpieczenia,
6) polegające na naprawie zabezpieczeń przeciwkradzieżowych uszkodzonych lub zniszczonych wskutek kradzieży z włamaniem lub jej usiłowania do limitu odpowiedzialności 20 000 PLN na jedno zdarzenie.

§ 26

1. Jeśli suma ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczonego jest niższa od jego wartości ustalonej w systemie sum stałych według zasad określonych w § 10 lub w systemie sum zmiennych zgodnie z § 11 ust. 2 (niedoubezpieczenie), odszkodowanie jest wypłacane w takiej proporcji, w jakiej w dniu szkody suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości będącej podstawą określenia sumy ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1 będzie miała zastosowanie, jeżeli wartość przedmiotu ubezpieczenia w dniu szkody ustalona odpowiednio zgodnie z § 10 lub § 11 ust. 2, przekroczy 120 % sumy ubezpieczenia tego przedmiotu.
3. Jeżeli w umowie ubezpieczenia ustanowiona została prewencyjna suma ubezpieczenia to jest ona proporcjonalnie dodawana do sum ubezpieczenia tych przedmiotów, w których wystąpiło niedoubezpieczenie obliczone zgodnie z ust. 1 i 2. Po dokonaniu powyższego działania niedoubezpieczenie jest obliczane ponownie zgodnie z zasadami określonymi w ust. 1 i 2 , przy czym suma ubezpieczenia jest powiększona o proporcjonalną część prewencyjnej sumy ubezpieczenia.
4. Zasady zawarte w ustępie 1, 2 i 3 nie mają zastosowania dla:
   1) szkód których rozmiar określony zgodnie z § 23 nie przekracza 5 000 PLN,
   2) szkód których koszt naprawy ustalony wg przeciętnych cen towarów i usług jest większy niż suma ubezpieczenia przedmiotu w dniu szkody (szkoda całkowita), w takim przypadku górną granicą odpowiedzialności jest suma ubezpieczenia przedmiotu szkody.

§ 27

Odszkodowanie stanowi kwotę obliczoną zgodnie z postanowieniami § 23–26, pomniejszoną o franszyzę redukcyjną w wysokości co najmniej 1 000 PLN chyba że umówiono się inaczej.

§ 28

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody ubezpieczający może żądać tylko od tego Ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczonego mienia.

Wypłata odszkodowania

§ 29

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, sporządzone na własny koszt.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane po zajściu wypadku ubezpieczeniowego.

§ 30

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu losowym objętym ochroną.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 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. 2.
4. Suma ubezpieczenia lub ustalone limity odpowiedzialności nie zostają obniżone o kwoty wypłaconych odszkodowań (brak konsumpcji sumy ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności), chyba, że umówiono się inaczej.
5. Jeżeli w umowie ubezpieczenia wprowadzono konsumpcję sumy ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności, wówczas zostają one obniżone o kwotę wypłaconych odszkodowań. Jeżeli wartość wypłaconych odszkodowań jest równa sumie ubezpieczenia lub limitowi odpowiedzialności to powoduje to wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej której dotyczy ta suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności. Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczyciela oraz po opłaceniu dodatkowej składki może przywrócić sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności do poprzedniej wysokości.

§ 31

W przypadku braku zgody pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym co do zakresu i/lub wysokości szkody może zostać powołany wspólny ekspert, którego koszt zostanie pokryty po połowie przez obie strony. Opinia wydana przez wspólnego eksperta będzie wiążąca dla Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego. Powołany ekspert nie może pozostawać w stosunku służbowym, kapitałowym lub innej zależności ze stronami umowy.

§ 32

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni zgłosić na piśmie – za pośrednictwem przedstawicielstwa Ubezpieczyciela – wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Regres ubezpieczeniowy

§ 33

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez Ubezpieczyciela roszczenie Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobom z którymi Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający obowiązany zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód lub niespełnienia obowiązków wynikających z ust. 3, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a jeżeli odszkodowanie już wypłacono może żądać jego zwrotu.
5. Zasady wynikające z ust.1–4 stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 34

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli umowa jest zawarta na czas określony, Ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach określonych przepisami prawa, a także, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, z ważnych powodów, za które uważa się: utratę licencji, zezwolenia, koncesji lub innej decyzji uprawniającej do prowadzenia działalności, zmianę profilu działalności Ubezpieczającego, a w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek – Ubezpieczonego
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 35

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.

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez ubezpieczającego.

§ 37

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, kodeksu cywilnego i inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 38

1. Klient, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego Ubezpieczyciela.
   1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
      a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
      b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
      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, która zgłasza reklamację.

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

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

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

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

   1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 39

1. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:

   1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,

   2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Strony umowy ubezpieczenia mogą podać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 40

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 24.09.2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu ds. Ubezpieczeń

Adam Roman

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kompleksowego Przedsiębiorstw od Wszystkich Ryzyk z dnia 24 września 2018 r. – opcjonalne klauzule dodatkowe:

Klauzula nr 501

Klauzula ubezpieczenia mienia poza lokalizacjami wskazanymi w umowie ubezpieczenia

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona na ubezpieczone mienie znajdujące się we wszystkich lokalach niewymienionych w umowie ubezpieczenia, użytkowanych i administrowanych przez Ubezpieczającego na terenie RP.
2. Postanowienie zawarte w pkt. 1) odnosi się również do mienia podczas targów , wystaw itp. imprez, odbywających się poza miejscem wskazanym w umowie ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że:
   a) limit odpowiedzialności na szkody powstałe w takim mieniu wynosi 30 000 PLN, chyba że strony umówią się inaczej,
   b) Ubezpieczającego nie obowiązuje warunek określony w pkt. 3.
3. W odniesieniu do nowo uruchomionego lokalu ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od momentu faktycznego przyjęcia go przez Ubezpieczającego do użytku, pod warunkiem, że w ciągu 30 dni od daty faktycznego przyjęcia Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczyciela o adresie, sumie ubezpieczenia znajdującego się tam mienia i innych danych, o które zapytywał Ubezpieczyciel we wnioskach i innych pismach w odniesieniu do lokali wymienionych w umowie ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód powstałych w czasie transportu.
5. Jeżeli strony nie umówią się inaczej do czasu zgłoszenia lokalu i/lub mienia limit odpowiedzialności wynosi 100 000 PLN, z zastrzeżeniem pkt. 2 ppkt a).

Klauzula nr 502

Klauzula automatycznego pokrycia

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Ubezpieczyciel obejmuje automatyczną ochroną ubezpieczeniową nowonabyte mienie za wyjątkiem środków obrotowych i mienia osób pozostających poza stosunkiem ubezpieczenia lub takie mienie, którego wartość wzrosła wskutek dokonania inwestycji lub modernizacji z dniem przejścia na Ubezpieczającego ryzyka związanego z posiadaniem tego mienia, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po dokonaniu wszystkich odbiorów technicznych oraz po pozytywnym zakończeniu prób i testów maszyn i urządzeń.
2. Ochroną ubezpieczeniową automatycznie zostaje objęte mienie, o którym mowa w pkt. 1 o ile fakt nabycia lub wzrostu wartości mienia zostanie zgłoszony Ubezpieczycielowi w przeciągu 60 dni od daty przyjęcia nowonabytego mienia lub wykonanej inwestycji do ewidencji środków trwałych Ubezpieczającego.
3. Jeżeli strony nie umówią się inaczej odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do automatycznie ubezpieczonego na mocy niniejszej klauzuli mienia ograniczona jest do kwoty odpowiadającej 10% łącznej sumy ubezpieczenia lub 1 000 000 PLN, w zależności od tego, która z tych wartości jest niższa.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu, o którym mowa powyżej, w razie niedopełnienia obowiązku zgłoszenia w określonym w pkt. 2 terminie.
5. W razie przekroczenia limitu ustalonego dla potrzeb niniejszej klauzuli odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do sumy ubezpieczenia powiększonej o limit wynikający z Klauzuli automatycznego pokrycia.
6. Objęcie ochroną ubezpieczeniową mienia po przekroczeniu ustalonego w pkt. 3 limitu może mieć miejsce na podstawie indywidualnego wniosku Ubezpieczajacego oraz pisemnej akceptacji Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do powyższego mienia nastąpić może najwcześniej od dnia złożenia wniosku.
7. Dodatkowa składka wynikająca z udzielonej ochrony na mocy niniejszej klauzuli naliczona zostanie w systemie pro rata temporis z zastosowaniem stawki wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.
8. Rozliczenie składki wynikającej z udzielanej ochrony ubezpieczeniowej następuje w przeciągu 14 dni po zakończeniu kwartału, w którym nastąpiło przekazanie inwestycji do ewidencji środków trwałych.

Klauzula nr 503

Klauzula rzeczoznawców

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki, w granicach limitu odpowiedzialności Ubezpieczyciel pokryje poniesione przez ubezpieczającego konieczne i uzasadnione koszty ekspertyz rzeczoznawców związane z ustaleniem przyczyny, zakresu i rozmiaru szkody, z zastrzeżeniem, że powołanie rzeczoznawcy wymaga akceptacji Ubezpieczyciela.
2. Powołany ekspert nie może pozostawać w stosunku służbowym, kapitałowym lub innej zależności ze stronami umowy.
3. Limit odpowiedzialności z tytułu udziału Ubezpieczyciela w kosztach wynosi 20 000 PLN w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 504

Usunięcie pozostałości po szkodzie, koszty zabezpieczenia mienia przed szkodą ponad sumę ubezpieczenia

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki w wysokości określonej w umowie wprowadza się dodatkowy limit odpowiedzialności, ponad sumę ubezpieczenia, obejmujący:
   a) koszty zastosowania wszelkich dostępnych środków w celu zabezpieczenia ubezpieczonego mienia bezpośrednio zagrożonego wystąpieniem szkody i zmniejszenia szkody objętej zakresem ubezpieczenia jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne,
   b) usunięcia pozostałości po szkodzie w granicach 10% rozmiaru szkody objętej zakresem ubezpieczenia.
2. Niniejsza klauzula ma zastosowanie w przypadku, gdy koszty, o których mowa powyżej nie są pokryte w ramach sumy ubezpieczenia oraz limitów określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
3. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela na koszty objęte zakresem niniejszej klauzuli wynosi 100 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 505

Klauzula ubezpieczenia różnicy pomiędzy ceną nabycia/kosztem wytworzenia a ceną sprzedaży

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki, Ubezpieczyciel pokrywa różnicę pomiędzy ceną nabycia / kosztem wytworzenia ubezpieczonych sprzedanych i nieodebranych przez kupującego środków obrotowych a ich ceną sprzedaży, jednak nie więcej niż 15% ceny nabycia / wytworzenia, o ile na skutek zrealizowania się zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczenia ulegną one zniszczeniu bądź uszkodzeniu.
2. Z zastrzeżeniem powyższego uzgadnia się, że cena sprzedaży nie obejmuje kosztów transportu.
3. Z zastrzeżeniem pkt. 1 limit odpowiedzialności w okresie ubezpieczenia wynosi 20% sumy ubezpieczenia środków obrotowych, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 506

Klauzula ubezpieczenia szkód estetycznych (graffiti)

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową objęte zostaną szkody estetyczne polegające na pomalowaniu, porysowaniu, zarysowaniu powierzchni, umieszczeniu napisów i innych znaków graficznych na ubezpieczonym mieniu przez osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym.
2. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody objęte ubezpieczeniem na podstawie niniejszej klauzuli wynosi
   20 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 507

Klauzula terroryzmu

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczyciel obejmuje ochroną szkody powstałe wskutek aktów terroryzmu.
2. Za terroryzm uważa się działania zdefiniowane w § 4 pkt.14) ogólnych warunków ubezpieczenia.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód powstałych wskutek użycia substancji biologicznych lub chemicznych, działania wirusów komputerowych lub pola elektromagnetycznego, promieniowania jonizacyjnego lub jądrowego oraz szkód i kosztów powstałych wskutek gróźb i fałszywych alarmów.
4. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli wynosi 500 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.
5. Każde odszkodowanie pomniejszone zostanie o udział własny Ubezpieczającego w szkodzie w wysokości 10% nie mniej niż 5 000 PLN.

Klauzula nr 508

Klauzula ubezpieczenia strajków, zamieszek i rozruchów

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczyciel obejmuje szkody w ubezpieczonym mieniu bezpośrednio powstałe wskutek strajków, zamieszek lub rozruchów, przy czym przez:
   a) strajk uważa się celową przerwę w pracy grupy pracowników w celu wymuszenia żądań ekonomicznych lub politycznych,
   b) zamieszki uważa się gwałtowne demonstracje, nielegalne akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy w celu zmiany istniejącego porządku prawnego,
   c) rozruchy uważa się gwałtowne demonstracje grupy osób, które nie mieszczą się w kategorii zamieszek.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikające z przejściowej lub bezterminowej utraty kontroli nad mieniem powstałej wskutek konfiskaty, zarekwirowania lub zajęcia mienia przez prawomocne władze.
3. Granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli jest limit odpowiedzialności określony w umowie ubezpieczenia.

Klauzula nr 509

Ubezpieczenie awarii i uszkodzeń maszyn, urządzeń lub aparatów

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o szkody polegające na awariach lub uszkodzeniach maszyn, urządzeń i aparatów zainstalowanych w miejscu wymienionym w umowie, zdatnych do użytku i użytkowanych zgodnie z przeznaczeniem, dla których testy próbne zostały zakończone z wynikiem pozytywnym; za awarię i uszkodzenie uważa się stan techniczny maszyny, urządzenia lub aparatu, który ogranicza lub uniemożliwia jego dalszą eksploatację oraz zmniejszenie sprawności lub niesprawność maszyny, urządzenia lub aparatu ograniczające jego zdatność do działania.
2. Niniejszej klauzuli nie stosuje się do mienia o jednostkowej sumie ubezpieczenia ponad 200 000 PLN, ustalonej w sposób określony w umowie.
3. W odniesieniu do mienia objętego zakresem niniejszej klauzuli nie stosuje się postanowień § 7 ust. 2 pkt. 7), 8) i 9) ogólnych warunków ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje szkód:
   a) za które na mocy przepisów prawa lub postanowień umowy odpowiedzialny jest producent, sprzedawca lub warsztat naprawczy, o ile nie uchyla się od odpowiedzialności,
   b) powstałych w wyniku naturalnego zużycia albo długotrwałej degradacji właściwości użytkowych maszyn lub urządzeń, w tym wskutek kawitacji, erozji, korozji, rozszerzenia się kamienia kotłowego, szlamu i innych osadów, działania środków żrących lub starzenia się izolacji,
   c) w sprzęcie elektronicznym; wyłączenie to nie dotyczy elektronicznych części maszyn, urządzeń i aparatów stanowiącej integralną część tych maszyn, urządzeń i aparatów,
   d) w wymienialnych narzędziach wszelkiego rodzaju, wymurówkach oraz obudowach i rusztach pieców oraz palenisk, a także dyszach palników oraz innych elementach, których czas prawidłowego funkcjonowania jest krótszy od trwałości maszyny,
   e) w środkach eksploatacyjnych wszelkiego rodzaju,
   f) spowodowanych wadami lub uszkodzeniami istniejącymi w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć.

5. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej klauzuli wynosi 50 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.
6. Do szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli stosuje się franszyzę redukcyjną w wysokości 2 000 PLN.
7. Niniejsza klauzula ma zastosowanie wyłącznie dla podmiotów prowadzących działalność handlową lub usługową.

Klauzula nr 510

Klauzula rozmrożenia środków obrotowych

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową objęte zostaną szkody w środkach obrotowych powstałe w wyniku zmiany temperatury ich przechowywania w urządzeniu chłodniczym w bezpośrednim następstwie awarii urządzenia chłodniczego, w którym przechowywane są ubezpieczone środki obrotowe
2. Klauzula obejmuje wyłącznie środki obrotowe, które zgodnie z wymogami producenta lub dostawcy powinny być przechowywane w urządzeniach chłodniczych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie szkody powstałe wskutek niewłaściwego przechowywania środków obrotowych.
4. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody powstałe wskutek zdarzeń objętych niniejszą klauzulą wynosi 100 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 511

Ubezpieczenie katastrofy budowlanej

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki, w granicach limitu odpowiedzialności zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o szkody powstałe wskutek katastrofy budowlanej.
2. Przez katastrofę budowlaną rozumie się niezamierzone, gwałtowne zniszczenie budynku lub budowli lub ich części, a także konstrukcyjnych elementów rusztowań, elementów urządzeń formujących, ścianek szczelnych i obudowy wykopów, o którym zostały powiadomione podmioty określone w art. 75 ust.1 Prawa Budowlanego.
3. Za katastrofę budowlaną nie uznaje się:
   a) uszkodzenia elementu wbudowanego w budynek lub budowlę, nadającego się do naprawy lub wymiany,
   b) uszkodzenia lub zniszczenia urządzeń mechanicznych i elektronicznych stanowiących funkcjonalną i integralną część budynku,
   c) awarii instalacji.
4. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej nie są objęte budynki i budowle przeznaczone do rozbiórki lub wyburzenia oraz wyłączone z eksploatacji, a także znajdujące się w nich mienie.
5. Limit odpowiedzialności na szkody objęte zakresem przedmiotowej klauzuli wynosi 100 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 512

Ubezpieczenie mienia podczas transportu między lokalizacjami ubezpieczonego

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczyciel obejmuje ochroną szkody podczas transportu na poniższych warunkach:

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ubezpieczone mienie podczas transportu pomiędzy lokalizacjami Ubezpieczonego, do i z serwisu lub do i z zakładu naprawczego, dokonywanym przez Ubezpieczonego lub osoby, za które ponosi odpowiedzialność.
2. Ubezpieczenie obejmuje utratę, ubytek lub uszkodzenie przewożonych rzeczy wynikłe wskutek jednego lub wielu nagłych, niespodziewanych i niezależnych od woli ubezpieczającego zdarzeń, z wyjątkiem szkód wyraźnie wyłączonych w pkt. 7.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody objęte ochroną na podstawie niniejszej klauzuli wynosi 200 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
4. Za początek transportu uważa się moment przejęcia ubezpieczonego mienia do rozpoczynającego się bezpośrednio po tym transportu, a za koniec transportu – wydanie mienia w miejscu docelowym.
5. Ubezpieczeniem zostaje objęty także ubytek, uszkodzenie lub utrata przedmiotu ubezpieczenia powstałe w czasie operacji załadunkowych lub wyładunkowych.
6. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody w mieniu podczas transportu dokonywanego przez osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia na podstawie umów przewozowych, spedycyjnych lub umów o świadczenie usług logistycznych.
7. Zakres ubezpieczenia określony w niniejszym artykule nie obejmuje szkód powstałych na skutek:
   1) utraty informacji zapisanych na jakiegokolwiek rodzaju nośnikach danych i nośnikach informacji,
   2) utraty, ubytku lub uszkodzenia przedmiotu ubezpieczenia powstałego wskutek:
      a) wady ukrytej przedmiotu ubezpieczenia lub jego naturalnych właściwości,
      b) niewłaściwego opakowania albo nieprawidłowego rozmieszczenia lub zamocowania przedmiotu ubezpieczenia,
      c) złego stanu technicznego środka transportu lub jego niezdatności do przewozu przedmiotu ubezpieczenia,
      d) nietrzeźwości lub odurzenia kierowcy środkami, po użyciu których prowadzenie środka transportu jest niedozwolone lub niewskazane (dotyczy transportu własnego),
      e) kradzieży zwykłej przez którą rozumie się kradzież bez śladów włamania,
      f) zaginięcia.
8. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje transportu:
   1) środków obrotowych,
   2) zwierząt żywych,
   3) dokumentów,
   4) przesyłek pocztowych,
   5) bagażu osobistego,
   6) rzeczy podczas składowania nie związanego bezpośrednio z ubezpieczonym przewozem,
   7) urządzeń i pojazdów podczas holowania,
   8) urządzeń i pojazdów podczas ruchu o własnym napędzie,
   9) urządzeń trwale przytwierdzonych do pojazdów transportujących,
   10) wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych.

Klauzula nr 513

Klauzula ubezpieczenia zwiększonych kosztów

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że:

1. Za opłatą dodatkowej składki określonej w umowie ubezpieczenia zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o koszty dodatkowe związane z zastosowaniem rozwiązań mających na celu uniknięcie lub zmniejszenie zakłóceń w prowadzeniu działalności gospodarczej.
2. Koszty dodatkowe objęte są ochroną ubezpieczeniową, o ile są następstwem szkody materialnej w ubezpieczonym mieniu, w zakresie objętym umową ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą.
3. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są koszty powstałe w wyniku:
   a) decyzji właściwych organów administracji lokalnej lub państwowej, które uniemożliwiają lub opóźniają odtworzenie zniszczonego mienia,
   b) innowacji i ulepszeń wprowadzonych w trakcie odbudowy zniszczonego mienia,
   c) braku kapitału niezbędnego do odtworzenia zniszczonego mienia we właściwym czasie,
   d) odkażania, zniszczenia lub zepsucia surowców, półfabrykatów lub gotowych produktów.
4. Ubezpieczyciel pokrywa niezbędne koszty dodatkowe (zależne i niezależne od czasu) poniesione przez ubezpieczającego w maksymalnym okresie odszkodowawczym wynoszącym 3 miesiące, przy czym okres odszkodowawczy rozpoczyna się od daty szkody w mieniu powodującej zakłócenie w działalności.
5. Przez okres odszkodowawczy uważa się okres faktycznych zakłóceń działalności, w którym konieczne jest stosowanie rozwiązań prowizorycznych w celu ich minimalizacji, jednakże nie dłużej niż do końca określonego maksymalnego okresu odszkodowawczego.
6. Do szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli stosuje się franszyzę redukcyjną, określoną jako kwotę obliczoną przez pomnożenie średnich dziennych kosztów stosowania rozwiązań prowizorycznych pomnożonych przez 3 dni.
7. Limit odpowiedzialności wynosi 100 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, chyba że strony umówią się inaczej.

Klauzula nr 514

Ubezpieczenie wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych podczas transportu

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia ustala się, że za opłatą dodatkowej składki Ubezpieczyciel obejmuje ochroną szkody powstałe w wartościach pieniężnych i przedmiotach wartościowych podczas transportu na obszarze RP na następujących warunkach:

1. W granicach ustalonego limitu odpowiedzialności zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje utratę, uszkodzenie lub zniszczenie wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych w czasie ich transportu wskutek:
   a) rabunku,
   b) zniszczenia lub uszkodzenia środka transportu na skutek wypadku środka transportu, pożaru, wybuchu lub uderzenia pioruna w pojazd,
   c) zdarzeń powodujących śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby sprawującej pieczę nad ubezpieczonymi wartościami pieniężnymi, uniemożliwiających ochronę powierzonego mienia.
2. Pod pojęciem transportu wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych rozumie się czynność przenoszenia lub przewożenia, wykonywaną przez osobę upoważnioną od momentu przyjęcia mienia do transportu, do momentu przekazania go osobie upoważnionej do odbioru.

3. Pod pojęciem wypadku środka transportu rozumie się zderzenie pojazdu ze zwierzętami, osobami lub przedmiotami, w tym innymi pojazdami.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
   a) szkód powstałych w trakcie wykonywania czynności niezwiązanych bezpośrednio z transportem ubezpieczonego mienia,
   b) kwot stanowiących nadwyżkę ponad limit określony dla danego sposobu zabezpieczenia transportu w postanowieniach pkt 7) – 11).
5. Transport wartości pieniężnych i przedmiotów wartościowych może być wykonywany pieszo, jeśli użycie pojazdu mechanicznego nie jest uzasadnione.
6. Transporty piesze należy wykonywać możliwie najkrótszą drogą bez korzystania ze środków komunikacji publicznej oraz z pominięciem miejsc odosobnionych lub uznawanych za niebezpieczne.
7. Jeśli wartość transportowanego mienia nie przekracza 0,1 j.o, nie wymaga się dodatkowej osoby do ochrony, poza osobą transportującą.
8. Jeśli wartość transportowanego mienia przekracza 0,1 j.o. i nie jest większa niż 0,5 j.o., transport powinien być chroniony dodatkowo przez drugą osobę – poza osobą transportującą – która może być nieuzbrojona.
9. Jeśli wartość transportowanego mienia przekracza 0,5 j.o., transport powinien być chroniony dodatkowo – poza osobą transportującą – przez co najmniej jedną uzbrojoną osobę wyposażoną w środki łączności umożliwiające podjęcie czynności interwencyjnych.
10. Jeśli wartość transportowanego mienia przekracza 0,3 j.o., należy użyć do transportu odpowiedniego zabezpieczenia technicznego, przez które rozumie się np. pojemniki wyposażone w mechaniczne, elektroniczne lub inne urządzenia przeciwrabunkowe (np. z paralizatorem elektrycznym), pojemniki przymocowane do ręki osoby transportującej, pojemniki z automatycznie uruchamianym systemem znakowania itp. Powyższe urządzenia będą w czasie jazdy umieszczone w bezpiecznym miejscu w pojeździe.

    Postanowienie nie dotyczy przedmiotów, które ze względu na swoje rozmiary lub inne cechy fizyczne, nie mogą podlegać zabezpieczeniu zgodnie z niniejszym punktem.
11. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej klauzuli wynosi 200.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że jeśli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków określonych w pkt 7) – 10), odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do limitu określonego w wyżej wymienionych punktach
12. Dla szkód objętych zakresem niniejszej klauzuli stosuje się franszyzę redukcyjną w wysokości 1.000 PLN na każde zdarzenie.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

   W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
   3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
   4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Sprzętu i Maszyn Budowlanych

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczenie Sprzętu i Maszyn Budowlanych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie Sprzętu i Maszyn Budowlanych

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Sprzętu i Maszyn Budowlanych** z dnia 24 września 2018 r. (kod: MP/OW048/1809). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie sprzętu i maszyn budowlanych jest skierowane do przedsiębiorców oraz jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi (ubezpieczenie majątkowe grupa 9 z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, obejmujące szkody rzeczowe, grad lub mróz oraz inne przyczyny (jak np. kradzież), jeżeli przyczyny te nie są ujęte w grupie 8).

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest, wykorzystywane w związku z prowadzoną działalnością, ewidencjonowane mienie stanowiące własność ubezpieczającego lub mienie będące w jego posiadaniu na podstawie tytułu prawnego (np. umowy dzierżawy, najmu, leasingu): maszyny, urządzenia, wartości pieniężne i przedmioty wartościowe, środki obrotowe.
- ✓ Mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych w ubezpieczonym lokalu wskutek kradzieży z włamaniem i rabunku.
- ✓ Za opłatą odrębnej składki umową ubezpieczenia mogą być objęte wartości pieniężne i przedmioty wartościowe w czasie transportu od szkód powstałych wskutek:
  - a) rabunku,
  - b) zniszczenia lub uszkodzenia środka transportu wskutek wypadku środka transportu, pożaru, wybuchu lub uderzenia pioruna w pojazd,
  - c) zdarzeń powodujących śmierć, ciężkie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby sprawującej pieczę nad ubezpieczonym mieniem, uniemożliwiających ochronę powierzonego mienia.
- ✓ Sumę ubezpieczenia podaje Ubezpieczający według wartości odtworzeniowej, ewidencyjnej brutto, ewidencyjnej netto, rzeczywistej.
- ✓ Koszty usunięcia pozostałości po szkodzie, w granicach 10% łącznej sumy ubezpieczenia nie więcej niż 10 000 zł.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- ✗ Szkód powstałych wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego.
- ✗ Szkód powstałych wskutek zaginięcia, braków stwierdzonych w trakcie sprawdzania lub spisywania stanu ilościowego majątku lub zaboru mienia, za wyjątkiem kradzieży z włamaniem, rabunku.
- ✗ Szkód w pojazdach podlegających rejestracji, programach komputerowych, chyba, że stanowią fabrycznie nowe środki obrotowe.
- ✗ Szkód, których rozmiar nie przekracza 200 PLN.
- ✗ Szkód w mieniu znajdującym się w lokalach, w których zaprzestano działalności gospodarczej, oświatowej, religijnej lub innej albo wykorzystywania lokalu na cele biurowe przez okres dłuższy niż 30 dni.
- ✗ Szkód mieniu o przekroczonym terminie ważności lub wycofane z obrotu przed powstaniem szkody oraz mienie, którego zakup udokumentowany jest dowodem uznanym za fałszywy.
- ✗ Szkód w przedmiotach ze złota, srebra, wyrobach z tych metali oraz kamieni szlachetnych, półszlachetnych, syntetycznych, pereł, platyny i pozostałych metali z grupy platynowców powstałych bez wejścia sprawcy do ubezpieczonego lokalu.
- ✗ Szkód w aktach, dokumentach, danych na nośnikach wszelkiego rodzaju, prototypach, wzorach i eksponatach muzealnych, chyba że umówiono się inaczej.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczenie ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! Sumy ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia, który stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, chyba że strony w umowie ustaliły odrębny, niższy limit odpowiedzialności.
- ! Szkód powstałych w związku z działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, wojną domową, zamieszkami i niepokojami oraz aktami terroryzmu i sabotażu. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.
- ! Jeżeli suma ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczonego jest niższa od jego wartości ustalonej w systemie sum stałych lub w systemie sum zmiennych niedoubezpieczenie), odszkodowanie jest wypłacane w takiej proporcji, w jakiej w dniu szkody suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości będącej podstawą określenia sumy ubezpieczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Polski.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki.

– Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

– Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego, a także stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia.

– Usunięcie szczególnych zagrożeń wymienionych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W razie zajścia wypadku Ubezpieczony ma obowiązek:

– użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,

– niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości, zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie,

– niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa,

– pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody,

– umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia,

– zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy 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 ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka lub rata składki.

Jak rozwiązać umowę?

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Sprzętu i Maszyn Budowlanych

KOD: MP/OW048/1809

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 3

Postanowienia ogólne 5

Umowa na cudzy rachunek 5

Przedmiot i zakres ubezpieczenia 5

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia 8

Suma ubezpieczenia i składka ubezpieczeniowa 8

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela 9

Obowiązki ubezpieczającego 10

Rozmiar szkody i ustalenie wysokości odszkodowania 11

Wypłata odszkodowania 13

Regres ubezpieczeniowy 14

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego 14

Postanowienia końcowe 15

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych 17

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Sprzętu i Maszyn Budowlanych regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Numer zapisu	
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§ 5; § 19; § 22.	§ 5 ust. 2; § 6; § 13 ust. 6; § 14 ust. 2; § 15 ust. 2; § 16 ust. 3, 4, 6; § 18 ust. 1 pkt 1), 2; § 19; § 20; § 22; § 24; § 26 ust. 4.

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem", zawiera umowy ubezpieczenia sprzętu lub maszyn z osobami fizycznymi, przedsiębiorcami i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".

§ 2

1. Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych przez strony warunkach odbiegających od postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Dodatkowe klauzule umowne uzgodnione przez strony w trybie określonym w ust. 1 powinny być sporządzone na piśmie, pod rygorem nieważności.

Umowa na cudzy rachunek

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.
2. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do osoby, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia, zwanej dalej „Ubezpieczonym".
3. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczonemu. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu ogólne warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu ogólnych warunków ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest określony w umowie sprzęt lub maszyny po przyjęciu ich do eksploatacji.
2. Sprzęt lub maszyny określone w umowie ubezpieczenia są objęte ochroną w miejscu wymienionym w umowie, podczas eksploatacji, napraw lub remontów oraz montażu, demontażu.
3. Ochroną ubezpieczeniową jest objęty sprzęt lub maszyny znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Jeżeli Ubezpieczający zbywa przedmiot ubezpieczenia postanawia się, że:
    1. Prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tych praw wymaga zgody Ubezpieczyciela.
    2. W razie przeniesienia praw, o których mowa w pkt. 1), na nabywcę przedmiotu przechodzą także obowiązki, które ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą Ubezpieczyciela umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.

3. Jeżeli prawa, o których mowa w pkt. 1), nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia, stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
4. Postanowienia pkt. 1) i pkt. 2) nie mają zastosowania przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

§ 5

1. Sprzęt lub maszyny określone w umowie objęte są ochroną ubezpieczeniową od utraty, zniszczenia lub uszkodzenia wskutek zdarzeń losowych o charakterze nagłym i niespodziewanym.
2. Szkody powstałe wskutek kradzieży z włamaniem, za którą uważa się dokonanie albo usiłowanie zaboru mienia z miejsca ubezpieczenia po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otwarciu wejścia przy użyciu narzędzi, podrobionego lub dopasowanego klucza bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rabunku, a także dokonanie albo usiłowanie zaboru mienia przez sprawcę, który się ukrył w miejscu ubezpieczenia przed jego zamknięciem, jeśli pozostawił ślady mogące służyć jako dowód jego potajemnego ukrycia, lub rabunku, za który uważa się zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej na osobie albo doprowadzeniu jej do stanu nieprzytomności lub bezbronności, objęte są ochroną, o ile sprzęt lub maszyny znajdowały się w pomieszczeniu zamkniętym na co najmniej jeden zamek lub kłódkę, albo na placu ogrodzonym parkanem, siatką drucianą, płotem lub były pod stałym dozorem.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia losowego objętego ochroną Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu koszty poniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, w granicach jego sumy ubezpieczenia, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne. Powyższe koszty są zwracane nawet jeżeli nie wystąpiła szkoda w ubezpieczonym mieniu.
4. Jeżeli koszty wymienione w ust. 3 zostały poniesione na pisemne polecenie Ubezpieczyciela, wówczas koszty te zostaną zwrócone w całości nawet, jeżeli odszkodowanie za szkodę w mieniu powiększone o te koszty przekracza łączną sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności uzgodniony dla danej umowy ubezpieczenia.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek postanowienia ustępów 3 i 4 stosuje się również do Ubezpieczonego.

§ 6

Ubezpieczyciel nie odpowiada:

1. do wysokości franszyzy określonej w umowie, pokrywanej przy każdym zdarzeniu szkodowym przez Ubezpieczającego; w przypadku gdy jednorazowa szkoda dotyczy więcej niż jednego przedmiotu, Ubezpieczający pokrywa koszty do wysokości najwyższej pojedynczej franszyzy redukcyjnej,
2. za szkody powstałe w podzespołach wskutek awarii mechanicznej lub elektrycznej, zepsucia się, zamarznięcia płynów chłodzących lub innych, niewłaściwego smarowania lub braku środka smarnego albo chłodzącego, lecz jeżeli wskutek powyższych przyczyn powstanie wypadek, rozumiany w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia jako zajście zdarzenia losowego objętego zakresem ubezpieczenia, powodujący szkodę w innych elementach lub podzespołach sprzętu lub maszyny, szkoda taka będzie podlegać odszkodowaniu; przez podzespół rozumie się zbiór określonej liczby części połączonych ze sobą i zależnych od siebie funkcjonalnie, tworzących odrębną całość,
3. za szkody w wymienialnych narzędziach wszelkiego rodzaju, takich jak wiertła, rozdrabniarki, formy odlewnicze, noże, ostrza i brzeszczoty pity, kamienie i stemple, a także w taśmach przesyłowych, sitach i wężach, ogumieniu, okładzinach, opaskach z tkanin i tworzyw sztucznych, szczotkach, linach, łańcuchach, pasach, obudowach oraz okładzinach i rusztach pieców oraz palenisk, a także dyszach palników oraz innych elementach, których czas prawidłowego funkcjonowania jest krótszy od trwałości maszyny,
4. za szkody w środkach eksploatacyjnych wszelkiego rodzaju, takich jak paliwo, gaz, płyny chłodzące, katalizatory, płyny i środki smarne, z wyjątkiem olejów w transformatorach i wyłącznikach, które pełnią rolę izolacyjną,

5. za szkody w pojazdach dopuszczonych do poruszania się po drogach publicznych i podlegających obowiązkowej rejestracji, z wyjątkiem używania pojazdów wyłącznie na placu budowy,
6. za szkody w pojazdach wodnych i statkach powietrznych,
7. za szkody spowodowane całkowitym lub częściowym zalaniem w przypadku przypływów,
8. za szkody powstałe podczas transportu, chyba że się umówiono inaczej,
9. za szkody powstałe w wyniku naturalnego zużycia albo długotrwałej degradacji właściwości użytkowych sprzętu lub maszyn, w tym wskutek kawitacji, erozji, korozji, rozszerzenia się kamienia kotłowego, szlamu i innych osadów, działania środków żrących lub starzenia się izolacji,
10. za szkody powstałe wskutek doświadczeń lub eksperymentów przeprowadzonych w nadzwyczajnych dla danego sprzętu lub maszyny warunkach,
11. za szkody w elementach maszyn lub maszynach pracujących pod ziemią, chyba że się umówiono inaczej,
12. za szkody, które pośrednio lub bezpośrednio powstały lub zostały powiększone wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wojny domowej, zamieszek społecznych, rozruchów, niepokojów społecznych, strajku i lokautu oraz aktów terroryzmu, zarekwirowania, zniszczenia lub uszkodzenia na polecenie rządu lub urzędu,
13. za szkody, które pośrednio lub bezpośrednio zostały spowodowane, powstały lub zostały powiększone wskutek reakcji atomowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego,
14. za szkody powstałe wskutek błędów lub braków, które istniały już w momencie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i były znane Ubezpieczającemu,
15. za szkody wyrządzone umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczającego, za którego uważa się:
    a) w przypadku przedsiębiorstw państwowych – dyrektora, jego zastępców i pełnomocników uprawnionych do składania i przyjmowania oświadczeń woli w imieniu Ubezpieczającego w jego sprawach prawnomajątkowych w dziedzinie stosunków zewnętrznych oraz zarządcę,
    b) w przypadku spółek z ograniczą odpowiedzialnością i spółek akcyjnych – członków zarządu, prokurentów i pełnomocników uprawnionych odpowiednio jak w ppkt a),
    c) w przypadku spółek komandytowo-akcyjnych komplementariusza będącego osobą fizyczną, akcjonariusza, prokurentów i pełnomocników uprawnionych jak w ppkt a),
    d) w przypadku spółek jawnych i komandytowych – komplementariuszy będących osobami fizycznymi, prokurentów i pełnomocników uprawnionych odpowiednio jak w ppkt a),
    e) w przypadku spółek partnerskich – partnerów, prokurentów i pełnomocników uprawnionych odpowiednio jak w ppkt a),
    f) w przypadku spółek cywilnych – wspólników oraz pełnomocników,
    g) w przypadku osób fizycznych – osobę fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia i jej pełnomocników, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek niniejsze wyłączenie stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego,
16. za szkody, za które na mocy przepisów prawa lub postanowień umowy jest odpowiedzialny producent, sprzedawca lub warsztat naprawczy,
17. za straty pośrednie, tj. utratę zysku, kary umowne, straty spowodowane opóźnieniem, brakiem wydajności, utratą kontraktu i rynku itp.,
18. za szkody, które zostały stwierdzone podczas inwentaryzacji lub rutynowych przeglądów konserwacyjnych,
19. za szkody wynikłe z niedziałania, nieprawidłowego działania lub nieprawidłowego zastosowania sprzętu, oprogramowania lub nośników informacji używanych w dowolnym elektronicznym urządzeniu, systemie (np. w komputerze, sterowniku mikroprocesorowym, układzie scalonym) lub sieci, a także niedostępności, utraty lub zniekształcenia informacji przechowywanej lub przetwarzanej przez sprzęt, oprogramowanie lub nośnik informacji, używane w dowolnym elektronicznym urządzeniu, systemie lub sieci, chyba że w następstwie wystąpiło inne zdarzenie niewyłączone z zakresu ubezpieczenia; wówczas Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za skutki takiego zdarzenia,

20. za szkody powstałe wskutek zaginięcia, sprzeniewierzenia, wyłudzenia oraz zaboru mienia z wyjątkiem kradzieży z włamaniem lub rabunku.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie sporządzonego w formie pisemnej wniosku ubezpieczeniowego.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
   a) nazwę i adres Ubezpieczającego,
   b) miejsce ubezpieczenia,
   c) przedmiot ubezpieczenia,
   d) rok produkcji poszczególnych maszyn i urządzeń,
   e) sumę ubezpieczenia dla poszczególnych pozycji umowy ubezpieczenia,
   f) okres ubezpieczenia,
   g) przyczyny, liczbę i wielkość szkód w ostatnich 5 latach.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z umową.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić albo sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek ubezpieczeniowy Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we wniosku. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Suma ubezpieczenia i składka ubezpieczeniowa

§ 8

Sumę ubezpieczenia ustala się według wartości ubezpieczonego sprzętu lub maszyn dla poszczególnych pozycji umowy ubezpieczenia.

§ 9

1. Suma ubezpieczenia powinna być równa kosztom zastąpienia ubezpieczonego sprzętu lub maszyn przez nowy sprzęt lub maszyny tego samego rodzaju, typu, mocy i wydajności, z uwzględnieniem kosztów transportu, montażu i demontażu oraz opłat celnych i innych tego typu należności, z wyłączeniem kosztów transportu ekspresowego i lotniczego, chyba że umowa stanowi inaczej.
2. Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości ubezpieczonego sprzętu lub maszyn, Ubezpieczający może zgłosić ten fakt Ubezpieczycielowi i podwyższyć sumę ubezpieczenia, opłacając dodatkową składkę, z zastrzeżeniem § 24.

§ 10

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Składka może zostać obniżona ze względu na:
   a) okres postoju,
   b) wysokość sumy ubezpieczenia,
   c) liczbę ubezpieczonych maszyn,
   d) serwisowanie i konserwację maszyn,
   e) bezszkodowość,
   f) krótszy niż 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
4. Składka może zostać podwyższona ze względu na:
   a) rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dodatkowe ryzyka (klauzule indywidualne),
   b) serwisowanie i konserwację maszyn,
   c) rozłożenie składki na raty.
5. Ubezpieczyciel może – w przypadkach uzasadnionych rodzajem ubezpieczonego mienia, środkami jego zabezpieczenia, zgłoszonymi szkodami lub innymi ważnymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka – wyznaczyć składkę ubezpieczeniową, uwzględniając powyższe czynniki.
6. Składka jest płatna jednorazowo w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak na wniosek Ubezpieczającego może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
7. Rozliczenia składki dokonywane będą zgodnie z zasadą pro rata temporis, to znaczy Ubezpieczycielowi należna jest składka w takiej proporcji w jakiej ilość dni udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pozostaje do okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie, z zastrzeżeniem postanowień § 27.
8. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 11

1. Okres ubezpieczenia określa się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy.
3. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na czas krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).

§ 12

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.

3. Niezapłacenie kolejnej raty składki w podanej przez Ubezpieczyciela wysokości i terminie powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, tylko wtedy gdy po upływie terminu na zapłatę raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty, z zagrożeniem, że brak zapłaty terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
4. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela – pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą. Za zapłatę składki lub raty składki, uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem.

Obowiązki ubezpieczającego

§ 13

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 jemu znane. 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 jest obowiązany niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy w innych pismach.
3. Ubezpieczający jest obowiązany informować Ubezpieczyciela o zmianie miejsca zamieszkania lub adresu siedziby firmy.

   W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek wskazany w zdaniu powyżej obciąża także Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek. Jeżeli Ubezpieczający działał przez przedstawiciela to obowiązek określony w zdaniu pierwszym powyżej ciąży również na przedstawicielu.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach 1–2 spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. Jeżeli Ubezpieczający działał przez przedstawiciela, to obowiązek określony w ust. 1–2 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje także okoliczności znane przedstawicielowi.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1, 2, 4 i 5 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1, 2 , 4 i 5 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.

§ 14

1. Ubezpieczający jest obowiązany przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o budowie i eksploatacji maszyn danego rodzaju oraz wewnętrznych instrukcji dla sprzętu lub poszczególnych maszyn.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków określonych w ust. 1, a ich niedopełnienie miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części, w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar.

§ 15

1. Ubezpieczający jest obowiązany umożliwić Ubezpieczycielowi dostęp do ubezpieczonego sprzętu lub maszyn oraz przedstawiać dokumenty związane z ich eksploatacją, a w szczególności:
   a) dokumentację techniczno-ruchową,
   b) protokół pomiarów i prób eksploatacyjnych,
   c) protokoły remontów i badań poremontowych.
2. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zakresie w jakim niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.

§ 16

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Ponadto do obowiązków Ubezpieczającego należy:
   a) niezwłocznie zawiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa,
   b) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na cudzy rachunek niniejszy obowiązek obciąża zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek,
   c) pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody; Ubezpieczyciel nie może powoływać się na to postanowienie, jeżeli nie rozpoczął likwidacji szkody w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie,
   d) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a w szczególności udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego sprzętu lub maszyn.
3. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 2 lit b) Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
5. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
6. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązków wymienionych w ust. 2 lit a), c)-d) Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części, w zakresie w jakim niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.

Rozmiar szkody i ustalenie wysokości odszkodowania

§ 17

Rozmiar szkody ustala się według niezbędnych kosztów przywrócenia sprzętu lub maszyny do stanu używalności, w którym znajdowała się bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 18

1. Rozmiar szkody ustala się na podstawie cen z dnia ustalenia odszkodowania w następujący sposób:
   a) w przypadku wymiany sprzętu lub maszyny (strata całkowita) – według kosztów zakupu nowego sprzętu lub maszyny tego samego rodzaju, typu, mocy i wydajności, z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia do dnia szkody oraz kosztów transportu i montażu,
   b) jeżeli sprzęt lub maszyna nadaje się do naprawy (strata częściowa) – według kosztów remontu lub naprawy, z uwzględnieniem kosztów transportu, demontażu i montażu, potwierdzonych rachunkiem wykonawcy lub kalkulacją poszkodowanego, który usunął szkodę własnymi siłami.
2. Rozmiar szkody zmniejsza się o wartość pozostałości po szkodzie, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki lub sprzedaży.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wyboru sposobu naprawienia szkody i jest uprawniony do dokonania naprawy lub wymiany zniszczonego sprzętu lub maszyny we własnym zakresie.

§ 19

1. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody w granicach sumy ubezpieczenia danego sprzętu lub maszyny.
2. Odszkodowanie obejmuje:
   a) utratę lub uszkodzenie mienia wskutek zdarzeń objętych ubezpieczeniem,
   b) koszty poniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne,
   c) koszty usunięcia pozostałości po szkodzie – w granicach do 5% wysokości szkody,
   d) koszty napraw prowizorycznych, jeżeli są one częścią końcowych czynności naprawczych i nie zwiększają całkowitej wartości kosztów remontu lub naprawy,
   e) koszty transportu, montażu i demontażu, z wyłączeniem transportu ekspresowego lub lotniczego, chyba że umowa stanowi inaczej.
3. Odszkodowanie ustalone według kosztów remontu lub naprawy nie może być wyższe niż koszt zakupu nowego sprzętu lub maszyny tego samego rodzaju, typu, mocy i wydajności, z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia do dnia szkody oraz kosztów transportu i montażu.
4. Jeżeli wartość sprzętu lub maszyny wzrosła w wyniku naprawy lub remontu, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo zmniejszenia odszkodowania o kwotę wyrażającą wzrost wartości.
5. Z kwoty odszkodowania potrąca się franszyzę redukcyjną określoną w kwocie lub procentowo, która stanowi udział Ubezpieczającego w odszkodowaniu i stosowana jest osobno w każdej szkodzie.

§ 20

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczający może żądać tylko od tego Ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczonego mienia.

Wypłata odszkodowania

§ 21

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia jest obowiązany do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Ubezpieczający jest obowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne dla rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
3. Wraz z dokumentami Ubezpieczający jest obowiązany przedstawić wyliczenie rozmiaru szkody, sporządzone na własny koszt.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, Ubezpieczający powinien dostarczyć w ciągu 7 dni od daty uzyskania wiadomości o powstaniu szkody.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody.
6. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane po zajściu wypadku ubezpieczeniowego.

§ 22

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie 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. 2.
4. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez Ubezpieczyciela nie może być wyższa od poniesionej szkody.

§ 23

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wstępu na teren miejsca ubezpieczenia w celu dokonania oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 24

Jeżeli w dniu wypadku suma ubezpieczenia zniszczonego lub uszkodzonego sprzętu lub maszyny jest mniejsza niż koszty, o których mowa w § 9 ust. 1, odnoszące się do danej maszyny lub urządzenia, Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w takiej proporcji, w jakiej suma ubezpieczenia zniszczonej lub uszkodzonej maszyny lub urządzenia pozostaje do kosztów, o których mowa w § 9 ust. 1.

§ 25

Jeżeli Uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni zgłosić na piśmie – za pośrednictwem Przedstawicielstwa Ubezpieczyciela – wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

Regres ubezpieczeniowy

§ 26

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

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 27

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w okresie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli umowa jest zawarta na czas określony, Ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach określonych przepisami prawa, a także z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia z ważnych powodów, za które uważa się: utratę licencji, zezwolenia, koncesji lub innej decyzji uprawniającej do prowadzenia działalności, zmianę profilu działalności Ubezpieczającego, a w przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek – Ubezpieczonego.
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 28

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.

Postanowienia końcowe

§ 29

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres lub siedzibę i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 30

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, kodeksu cywilnego i inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 31

1. Klient, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego Ubezpieczyciela.
   1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
      a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
      b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
      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, która zgłasza reklamację.
   4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
   5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
   6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.

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

    1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 32

1. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane przez sądy według Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:

    1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,

    2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3. Strony umowy ubezpieczenia mogą podać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 33

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 24 września 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu ds. Ubezpieczeń

Adam Roman

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

   W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
   3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
   4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

Wyciąg z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Mienia w Leasingu, dotyczący warunków ubezpieczenia mienia, zawartej pomiędzy PZU S.A. a Santander Leasing S.A, nr 4/2005 z dnia 30.12.2005r. z późniejszymi zmianami.

I. Zakres ubezpieczenia:

1. w odniesieniu do maszyn i urządzeń innych niż: maszyny i urządzenia budowlane, maszyny rolnicze, pojazdy wolnobieżne (w tym kombajny), wózki widłowe, maszyny naziemne (w tym maszyny czyszczące i zamiatające), budynki i budowle tymczasowe (kioski, baraki), podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia są Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Wszystkich Ryzyk dla klienta korporacyjnego, ustalone uchwałą Nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA z dnia 26 lipca 2007r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011r. oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/135/2012 z dnia 13 kwietnia 2012r. oraz uchwałą nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 Zarządu PZU SA z dnia 6 lipca 2018r. Zakres ubezpieczenia określony w O. W. U. zostaje rozszerzony o ryzyko cargo w zakresie podanym w klauzuli 312.
   Ochroną ubezpieczeniową objęte są dodatkowo szkody w ubezpieczonym mieniu powstałe w wyniku poniższych ryzyk:
   a) uderzenie pioruna w instalacje elektryczne i sieci energetyczne będące w związku z przedmiotem leasingu,
   b) awaria (tj. przegrzanie, rozszczelnienie, pęknięcie, rozsadzenie, wybuch, zawalenie) urządzenia w którym czynnikiem roboczym była woda lub para wodna (kocioł, turbiną pompą zbiornik, podgrzewacz, grzejnik itp. wraz z ich orurowaniem i oprzyrządowaniem), jeśli awaria nastąpiła jako rezultat niewłaściwego ciśnienia czynnika wewnątrz urządzenia a kontrola nad ciśnieniem należała do Korzystającego,
   c) awaria elektryczna i mechaniczna maszyn,
   d) nieprawidłowe działanie prądu elektrycznego, w tym również szkody powstałe w czasie wyładowań atmosferycznych na skutek przepięcia lub wzbudzenia się sił elektromagnetycznych w obwodach elektrycznych odbiorników,
   e) uszkodzenie części składowej Przedmiotu Leasingu z powodu zwarć, samonagrzania, upływów prądu elektrycznego, przeciążenia lub przekroczenia dopuszczalnych naprężeń powstałych w tej szczególnej części,

   Udział własny w każdej szkodzie z ryzyk określonych w ust. 1. pkt. a – pkt. e wynosi 15 % szkody, niezależnie od udziału własnego określonego w ust. II.

2. w odniesieniu do stacjonarnego sprzętu elektronicznego przetwarzania danych (EPD), sprzętu biurowego, urządzeń telekomunikacyjnych, tj. komputerów, drukarek, kopiarek, faxów, central telefonicznych, itp; sprzętu elektronicznego przenośnego, podstawą zawarcie ubezpieczenia są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Sprzętu Elektronicznego, ustalone uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 26 lipca 2007r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012r. oraz uchwałą nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018r.
   Postanowienia dodatkowe:
   a) PZU S.A. rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody z tytułu utraty lub uszkodzenia Przedmiotu ubezpieczenia który wcześniej sprawny technicznie i eksploatowany, pozostaje chwilowo nie użytkowany lub tymczasowo magazynowany w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia Przez termin „tymczasowo" rozumie się okres nie przekraczający 6 m-cy.
   b) Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU S.A. ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w sprzęcie elektronicznym w następstwie trzęsienia ziemi.
3. w odniesieniu do maszyn i urządzeń budowlanych, maszyn rolniczych, pojazdy wolnobieżne (w tym kombajnów), wózków widłowych, maszyn naziemnych (w tym maszyny czyszczące i zamiatające), podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia są Ogólne Warunki Ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń ustalone uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 26 lipca 2007r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011r.i uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012r., ustalonych uchwałą nr UZ/430/2015z dnia 23 grudnia 2015r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r
   PZU S.A. odpowiada za wszystkie nagłe, nieprzewidziane i wynikające z przyczyn niezależnych od woli Ubezpieczającego szkody w ubezpieczonych maszynach, o ile szkody te nie powstaną z jakiejkolwiek przyczyny wyraźnie wyłączonej z zakresu ubezpieczenia w dalszej części warunków oraz postanowieniach dodatkowych.
   Do szkód, za które PZU S.A. ponosi odpowiedzialność - z zastrzeżeniem wyłączeń - należą przykładowo szkody spowodowane przez:
   a) błędy w obsłudze maszyn powodujące np. kolizje z innymi maszynami na placu budowy, wpadnięcie do wykopu oraz przewrócenie się maszyny,
   b) powódź, deszcz nawalny, działanie wiatru (np. huragan), bezpośrednie uderzenie pioruna grad, obsunięcie się ziemi oraz lawinę,
   c) kradzież z włamaniem, rabunek,
   d) zniszczenie przez osoby trzecie,
   e) ogień, eksplozję, upadek statku powietrznego, zalanie przez wydostanie się ze znajdujących się w miejscu ubezpieczenia urządzeń lub instalacji wody lub innych płynów.
   f) nagłe działanie siły mechanicznej w chwili zetknięcia maszyny z innym pojazdem, osobami, zwierzętami lub przedmiotami pochodzącymi z zewnątrz pojazdu
   g) działanie osób trzecich
   PZU S.A. rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody z tytułu utraty lub uszkodzenia Przedmiotu leasingu, który wcześniej sprawny technicznie i eksploatowany, pozostaje chwilowo nie użytkowany lub tymczasowo magazynowany w miejscu ubezpieczenia wskazanym w dokumencie ubezpieczenia. Przez termin „tymczasowo" rozumie się okres nie przekraczający 6 mc-y.
   Dodatkowo włączone do ubezpieczenia zostaje ryzyko trzęsienia ziemi.
4. do Umów ubezpieczenia zawieranych na warunkach niniejszej Umowy, będzie miała zastosowanie Klauzula dotycząca ograniczenia odpowiedzialności za szkody w danych, oprogramowaniu i programach komputerowych (IT- Information Technology)

II. Przedmiot ubezpieczenia

1. maszyny i urządzenia budowlane, maszyny rolnicze, pojazdy wolnobieżne (w tym kombajny), wózki widłowe, maszyny naziemne (w tym maszyny czyszczące i zamiatające), budynki i budowle tymczasowe (kioski, baraki),
2. stacjonarny sprzęt elektroniczny przetwarzania danych (EPD), sprzęt biurowy, urządzeń telekomunikacyjne, tj. komputery, drukarki, kopiarki, faxy, centrale telefoniczne, itp; sprzęt elektroniczny przenośny

3. maszyny i urządzenia budowlane, maszyny rolnicze, pojazdy wolnobieżne (w tym kombajny), wózki widłowe, maszyny naziemne (w tym maszyny czyszczące i zamiatające

III. Miejsce ubezpieczenia

1. miejsce eksploatacji Przedmiotu leasingu przez Korzystającego do celów działalności gospodarczej, w tym miejsce świadczenia usług przez korzystającego na podstawie odpowiedniej umowy o wykonanie usługi, pod warunkiem, że spełnione są wymogi odnośnie zabezpieczeń opisane poniżej,
2. w przypadku mienia używanego mobilnie (sprzęt elektroniczny przenośny, maszyny budowlane, maszyny rolnicze oraz pojazdy wolnobieżne) lub mienia w transporcie jest teren Rzeczypospolitej Polskiej,
3. za opłatą dodatkowej składki istnieje możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczenia na Przedmiot leasingu znajdujący się na terenie Unii Europejskiej oraz pozostałe kraje Europy

IV. Do wyżej wymienionych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mają zastosowanie dodatkowo poniższe postanowienia:

1. **Wyłączenia odpowiedzialności**
   Niezależnie od wyłączeń zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia wymienionych w ust. I, PZU s. a. nie odpowiada za:
   a) szkody we wszelkiego rodzaju miernikach (woltomierzach, amperomierzach, indykatorach, itp.) i licznikach, we wszelkiego rodzaju wkładkach topikowych bezpieczników elektrycznych, stycznikach i odgromnikach wydmuchowych oraz żarówkach, grzejnikach, lampach itp.,
   b) szkody we wszelkiego rodzaju materiałach eksploatacyjnych np.: olejach (z wyjątkiem olejów w transformatorach i wyłącznikach, które pełnią rolę izolacyjną), smarach, paliwach, gazach, katalizatorach, czynnikach chłodniczych, płynach chłodzących,
   c) szkody w wymienialnych narzędziach i częściach np. nożach, wiertłach, elektrodach, filtrach, stemplach, matrycach, formach, bezpiecznikach elektrycznych, wkładkach topikowych, żarówkach, lampach, we wszelkiego rodzaju częściach, które z uwagi na swoje przeznaczenie, charakter użytkowania lub właściwości ulegają szybkiemu zużyciu np. obmurzach kotłów, wymurówkach pieców, wykładzinach i powłokach ognioodpornych, powłokach malarskich i antykorozyjnych, częściach maszyn wykonanych z gumy, tkanin, filcu i innych materiałów uszczelniających, szkła ceramiki oraz oponach, rusztach palenisk, dyszach palników, pasach, łańcuchach, drutach i linach; chyba że szkody takie powstały w bezpośredniej konsekwencji szkody w ubezpieczonej maszynie, za którą PZU S.A. przyjął odpowiedzialność w ramach niniejszych warunków,
   d) szkody, za które odpowiedzialny jest producent, sprzedawcą dostawca lub zakład naprawczy z mocy prawa lub zawartej umowy (np. z tytułu gwarancji lub rękojmi),
   e) szkody powstałe w wyniku zaniechania obowiązkowych okresowych przeglądów konserwacyjnych,
   f) wszelkiego rodzaju koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z konserwacją modernizacją remontami lub naprawami gwarancyjnymi ubezpieczonych maszyn,
   g) szkody powstałe w wyniku przeprowadzanych prób i testów, z wyjątkiem prób dokonywanych w związku z okresowymi badaniami eksploatacyjnymi (oględzinami i przeglądami), a także powstałe w wyniku zamierzonego przeciążenia doświadczeń lub eksperymentów,
   h) szkody powstałe na skutek eksploatacji wcześniej uszkodzonej i nie naprawionej maszyny.

2. **Udział własny w szkodzie:**
   W każdej szkodzie 500zł

3. **Podnajem**
   W ubezpieczeniu mienia, które będzie przez Korzystającego podnajmowane/wypożyczane osobom trzecim zastosowanie ma zwyżka składki.
   W przypadku dokonania przez korzystającego dalszego podnajmu przedmiotu leasingu, ubezpieczyciel wymaga pisemnej zgody finansującego, oraz zachowania wymogów odnośnie zabezpieczeń.

Klauzule

Klauzula 101/1 – Ubezpieczenie sprzętu przenośnego elektronicznego:

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU S.A. rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody powstałe w elektronicznym sprzęcie przenośnym użytkowanym do celów służbowych poza miejscem ubezpieczenia określonym w polisie.
W przypadku kradzieży z włamaniem ubezpieczonych przedmiotów z pojazdu PZU S.A. odpowiada tylko wtedy gdy:
   a) pojazd posiada trwałe zadaszenie (jednolita sztywna konstrukcja),
   b) w trakcie postoju podczas transportu pojazd został prawidłowo zamknięty na wszystkie istniejące zamki i włączony został sprawnie działający system alarmowy,
   c) kradzież z włamaniem miała miejsce pomiędzy godziną 6.00 a 22.00 (ograniczeń czasowych nie stosuje się, gdy pojazd z transportowanym sprzętem był pozostawiony na parkingu strzeżonym lub w zamkniętym garażu), sprzęt pozostawiony w pojeździe jest niewidoczny z zewnątrz, np. w bagażniku.

PZU S.A. nie odpowiada za szkody objęte polisą Auto-Casco i OC oraz powstałe wskutek niewłaściwego, niezgodnego z zaleceniami producenta opakowania lub jego braku

Klauzula 312 - Ubezpieczenie Przedmiotu leasingu od ryzyka casco w czasie transportu:

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia że rozszerza się zakres ubezpieczenia o szkody powstałe w czasie jego przewozu w granicach RP dokonywanego przez korzystającego na środku transportowym, od niżej wymienionych ryzyk. Na potrzeby niniejszej klauzuli, za szkody spowodowane przez:
   a) ogień - uważa się szkody powstałe w wyniku działania ognią który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile;
   b) piorun - uważa się szkody powstałe w wyniku bezpośredniego wyładowania atmosferycznego na ubezpieczoną maszynę, pozostawiającego bezsporne ślady tego zdarzenia;
   c) eksplozję - uważa się szkody powstałe w wyniku gwałtownej zmiany stanu równowagi z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołane ich właściwością rozprzestrzeniania się. W odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników, warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień;

d) huragan - uważa się szkody powstałe w wyniku działania wiatru o prędkości nie mniejszej niż 24,5 m/sek. ustalonej przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej (IMiGW), którego działanie wyrządza masowe szkody; pojedyncze szkody uważa się za spowodowane przez huragan, jeżeli w najbliższym sąsiedztwie stwierdzono działanie huraganu;
e) powódź - uważa się szkody powstałe wskutek zalania terenów w następstwie podniesienia się wody w korytach wód płynących lub stojących bądź deszczu nawalnego, spływu wód po zboczach lub stokach na terenach górskich i falistych;
f) grad - uważa się szkody powstałe wskutek opadu atmosferycznego składającego się z bryłek lodu;
g) obsunięcia się ziemi - uważa się szkody spowodowane przez zapadanie się ziemi oraz usuwanie się ziemi, z tym że za szkody spowodowane przez zapadanie się ziemi uważa się szkody powstałe wskutek obniżenia się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, a za szkody spowodowane przez usuwanie się ziemi uważa się szkody powstałe wskutek ruchów ziemi na stokach;
h) lawinę - uważa się szkody powstałe wskutek gwałtownego zsuwania lub staczania mas śniegu, lodu, skał lub kamieni ze zboczy górskich;
i) upadek statku powietrznego - uważa się szkody powstałe wskutek katastrofy bądź przymusowego lądowania samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także spowodowane upadkiem ich części lub przewożonego ładunku;
j) kradzież z włamaniem - zabór ubezpieczonych maszyn, którego sprawca dokonał lub usiłował dokonać z zamkniętego środka transportowego, po usunięciu przy użyciu siły i narzędzi istniejących zabezpieczeń lub otworzeniu zabezpieczeń kluczem podrobionym lub innym narzędziem albo kluczem oryginalnym, który zdobył przez kradzież z włamaniem lub w wyniku rabunku,
k) rabunek - zabór ubezpieczonych maszyn z zastosowaniem przemocy fizycznej wobec osoby dokonującej przewozu bądź groźby natychmiastowego użycia przemocy albo z doprowadzeniem do nieprzytomności lub bezbronności - dla pokonania ich oporu przed wydaniem ubezpieczonego przedmiotu leasingu
l) szkód powstałych w wyniku kolizji środka transportowego z innym środkiem transportowym, osobami, zwierzętami, przedmiotami oraz w wyniku wywrócenia się środka transportowego lub jego zatonięcia

2. Dodatkowo PZU S.A. ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w czasie załadunku i wyładunku Przedmiotu leasingu, dokonywanego przez Ubezpieczającego, z tym że za:
   a) załadunek Przedmiotu leasingu, rozumie się ogół czynności związanych z przemieszczaniem Przedmiotu leasingu z miejsca ich pracy na środek transportu bezpośrednio przed rozpoczęciem przewozu,
   b) rozładunek Przedmiotu leasingu, rozumie się ogół czynności związanych z przemieszczeniem Przedmiotu leasingu ze środka transportu na miejsce pracy bezpośrednio po zakończeniu przewozu,

   Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są szkody:
   a) powstałe wskutek wypadku środka transportowego, jeżeli wypadek został spowodowany jego złym stanem technicznym lub w przypadku gdy kierowca był w stanie odurzenia narkotycznego,
   b) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania lub opakowania niezgodnego z obowiązującymi normami lub zwyczajami bądź braku opakowania ubezpieczonego Przedmiotu leasingu.

   Opcjonalnie, po opłaceniu dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona na Przedmiot leasingu znajdujący się poza granicami RP na terenie Unii Europejskiej. Jednocześnie ustala się limit w wysokości 1.000.000 zł na mienie będące przedmiotem jednej Umowy leasingu u jednego Korzystającego znajdujące się poza granicami RP na terenie krajów Unii Europejskiej.

   Opcjonalnie, po opłaceniu dodatkowej składki istnieje możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej (wraz z ryzykiem cargo) o jednorazowy transport - przywóz Przedmiotu leasingu do RP z krajów Unii Europejskiej i pozostałych krajów Europy.

Klauzula IT - ograniczenia odpowiedzialności za szkody w danych, oprogramowaniu i programach komputerowych (IT-Information Technology)

Z zachowaniem postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia / warunków umowy ubezpieczenia dotyczących odpowiedzialności za szkody fizyczne w mieniu ubezpieczonym na podstawie tychże warunków wprowadza się klauzulę następującej treści:

a) W ramach niniejszej polisy ubezpieczyciel odpowiada za szkody majątkowe, przez które rozumie się fizyczne szkody w mieniu objętym ubezpieczeniem. Ochroną objęta jest także utrata lub uszkodzenie danych lub oprogramowania bezpośrednio spowodowane fizyczną szkodą w mieniu objętym ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie odpowiada za: szkody w danych lub oprogramowaniu powstałe wskutek ich utraty lub uszkodzenia, w szczególności za jakąkolwiek niekorzystną zmianę w danych, oprogramowaniu lub programach komputerowych, spowodowane zniszczeniem, uszkodzeniem, usunięciem lub inną deformacją ich oryginalnej struktury,
b) wszelkie straty wynikające z przerwy w działalności z powodu szkód określonych w pkt. a,
c) utratę lub uszkodzenie wynikające z pogorszenia funkcjonowania, dostępności, zasięgu użytkowania lub dostępu do danych, oprogramowania lub programów komputerowych oraz wszelkie straty wynikające z przerwy w działalności z powodu szkód określonych w pkt. a.

V. Wymagane minimalne zabezpieczenia:

Niezależnie od obowiązków Ubezpieczającego wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wymienionych w ust. I, zastosowanie mają poniższe ustalenie odnoszące się do minimalnych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych:

1. Ubezpieczony Przedmiot leasingu (z zastrzeżeniem ust. 2) powinien znajdować się w budynkach o odpowiednio trwałej konstrukcji. Przez odpowiednio trwałą konstrukcję rozumie się budynek wykonany z materiałów i w technologii właściwej dla jego przeznaczenia użytkowego — zgodnie z przepisami prawa budowlanego, w którym nie jest możliwe pokonanie poszczególnych elementów konstrukcji (ścian, podłóg, stropów) bez ich równoczesnego uszkodzenia lub zniszczenia przy użyciu narzędzi.
   Lokal, w którym znajduje się ubezpieczony Przedmiot leasingu nie może posiadać niezabezpieczonych otworów, przez które możliwy byłby dostęp do mienia bez włamania. Zabezpieczenia wszystkich otworów zewnętrznych lokalu powinny być w należytym stanie technicznym oraz tak osadzone i zamknięte aby ich wyłamanie lub wyważenie nie było możliwe bez pozostawienia śladów użycia siły i narzędzi.
   Ponadto powinny być spełnione co najmniej następujące warunki:
   1) drzwi zewnętrzne do lokalu z ubezpieczonym Przedmiotem leasingu winny być zamknięte na dwa różne zamki wielozastawkowe lub jeżeli ze względów konstrukcyjnych stosowanie zamków nie jest możliwe - co najmniej na dwie różne kłódki wielozastawkowe zawieszone na oddzielnych skoblach albo na jeden zamek o podwyższonej odporności na włamanie potwierdzonej atestem/certyfikatem, świadectwem kwalifikacji jakości lub innym dokumentem wydanym przez upoważnioną jednostkę,
      Zamki mechaniczne powinny posiadać więcej niż jedną ruchomą zastawkę. Ilość zastawek w zamku można ustalić na podstawie nacięć profilowanych w kluczu.
      Za równorzędne zabezpieczenie uznaje się zamek wielopunktowy o podwyższonej odporności na włamanie. Zamkiem wielopunktowym jest taki zamek, którego zamknięcie powoduje jednostronne lub wielostronne ryglowanie płata drzwi w kilku odległych od siebie miejscach.
      Główne zamki w drzwiach nie mogą być zaopatrzone w mechanizmy umożliwiające otwarcie zamka od wewnątrz bez użycia oryginalnego klucza.
      W przypadku ustanowienia ochrony fizycznej wewnątrz ubezpieczonego obiektu (lokalu bądź budynku) w którym przechowywany jest Przedmiot leasingu dopuszcza się zamknięcie drzwi zewnętrznych na jeden zamek atestowany.
      W drzwiach dwuskrzydłowych, jedno skrzydło musi być unieruchomione u góry i u dołu przy pomocy blokad zainstalowanych Od wewnątrz lokalu.

2) oszklenia okien, drzwi i innych otworów zewnętrznych lokalu, do których jest dostęp - w tym również z przybudówek, balkonów: tarasów itp. winny być osadzone w ramach w taki sposób aby wyjęcie szyby nie było możliwe bez jej rozbicia, a ponadto zabezpieczone przeciwwłamaniową osłoną mechaniczną w postaci krat wykonanych z prętów stalowych, żaluzji lub okiennic.
Kraty, żaluzje lub okiennice powinny być takiej konstrukcji, tak założone i zamknięte, aby przedostanie się do wnętrza lokalu nie było możliwe bez uprzedniego ich uszkodzenia przy pomocy narzędzi, zaś ruchome osłony mechaniczne powinny być zamknięte co najmniej na jedną kłódkę wielozastawkową.
Inne zabezpieczenia mechaniczne winny stanowić istotną przeszkodę w sforsowaniu zabezpieczonego otworu, stwierdzoną na podstawie stosownego atestu/certyfikatu lub innego dokumentu wydanego przez upoważnioną jednostkę;

3) postanowienia pkt 2 w części dotyczącej mechanicznego zabezpieczenia oszkleń nie mają zastosowania jeśli:
   a) ustanowiono poza godzinami urzędowania dozór danej placówki. Przez stały dozór rozumie się ochronę ubezpieczonego lokalu / mienia wykonywaną w zorganizowany sposób przez co najmniej jedną osobę dorosłą spośród personelu Korzystającego lub przez pracowników koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony osób i mienia,
   b) placówkę wyposażono w elektroniczny system wizualno-dźwiękowy o działaniu miejscowym ze stałym adresatem (odbiorcą) alarmu; przez stałego adresata (odbiorcę) alarmu rozumie się ubezpieczającego bądź osobę wyznaczoną przez Korzystającego jako odpowiedzialną za odbiór sygnału alarmu i podjęcie działań interwencyjnych,
   c) placówkę wyposażono w elektroniczny system przeciwwłamaniowy i włączono do systemu monitorowania alarmów policji bądź koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony osób i
   d) oszklenia lokalu wykonane są ze szkła warstwowego o zwiększonej odporności na rozbicie, stosownym atestem/certyfikatem lub innym dokumentem wydanym przez upoważnioną do tego jednostkę.

2. W przypadku maszyn stanowiących Przedmiot leasingu odpowiedzialność PZU S.A- za szkody spowodowane kradzieżą z włamaniem lub rabunkiem istnieje wyłącznie pod warunkiem, że ubezpieczone maszyny znajdują się w zamkniętym obiekcie zabezpieczonym w sposób uniemożliwiający dostęp do wewnątrz bez użycia siły oraz narzędzi a wyłamanie lub wyważenie zabezpieczeń nie jest możliwe bez pozostawienia śladów użycia siły i narzędzi. Za zamknięty obiekt uznaje się budynek bądź jego część lub inną budowlę, obiekt kontenerowy lub środek transportowy użytkowany wyłącznie przez Korzystającego, w którym znajdują się ubezpieczone maszyny, wyposażony w zamykane na zamek wielozastawkowy lub kłódkę wielozastawkową drzwi oraz posiadający zabezpieczone osłoną mechaniczną (np. kratami) oszklone okna i inne otwory zewnętrzne.
3. Stanowiące Przedmiot leasingu maszyny i urządzenia budowlane, maszyny rolnicze oraz pojazdy wolnobieżne, których umieszczenie np. ze względu na ich rozmiary w zamkniętym obiekcie nie jest możliwe mogą przechowywane być na placu budowy lub w innej lokalizacji, przy tym powinny posiadać przewidziane konstrukcyjnie i sprawne technicznie urządzenia zabezpieczające (zamek w drzwiach kabiny, zapłon uruchamiany kluczykiem), uniemożliwiające dostęp do wnętrza maszyny bez uprzedniego pokonania zabezpieczeń przy użyciu siły i narzędzi oraz uniemożliwiające zabór maszyny bez użycia siły i narzędzi. W przypadku maszyn posiadających kabinę standardowo zaopatrzoną w zamek uniwersalny (klucze bez cech indywidualnych) niezbędne jest zabezpieczenie drzwi kabiny dodatkowym zamkiem lub kłódką posiadającymi atest.
Stanowiące przedmiot leasingu pojazdy wolnobieżne - o sumie ubezpieczenia ponad 200.000 zł— w przypadku braku fizycznego dozoru ubezpieczane są pod warunkiem zainstalowania jednego urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą, posiadającego aktualną ocenę skuteczności Państwowego Instytutu Motoryzacji (PIM), Instytutu Mechaniki Precyzyjnej (IMP) lub innej instytucji upoważnionej do wydawania ocen.
4. Za plac budowy lub inną lokalizację uznaje się oświetlony, trwale ogrodzony teren, z bramą zabezpieczoną w taki sposób, aby niemożliwy był niekontrolowany wjazd albo wyjazd osoby nieuprawnionej lub pozostający pod stałym dozorem pełnionym całodobowo przez pracowników koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony mienia lub co najmniej jedną wyznaczoną do tego celu osobę pełnoletnią spośród personelu Korzystającego posiadającą stały kontakt telefoniczny lub radiowy z załogami interwencyjnymi agencji ochrony lub Policją.
5. W przypadku, jeżeli specyfika, rodzaj, przeznaczenie maszyn i urządzeń stanowiących Przedmiot leasingu oraz miejsce realizacji prac kontraktowych nie pozwala na ich przechowywanie po godzinach pracy na trwale ogrodzonym terenie PZU S.A. dopuszcza możliwość przechowywania maszyn stanowiących Przedmiot leasingu na nie ogrodzonym terenie otwartym pozostającym pod stałym dozorem pełnionym całodobowo przez pracowników koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony mienia lub co najmniej jedną wyznaczoną do tego celu osobę pełnoletnią spośród personelu Korzystającego posiadającą stały kontakt telefoniczny lub radiowy z załogami interwencyjnymi agencji ochrony lub Policją

VI. Postępowanie w razie zajścia szkody:

W razie zajścia zdarzenia i powstania szkody w ubezpieczonym mieniu, użytkownik postępując zgodnie z instrukcją, zobowiązany jest do zachowania należytej staranności, a w szczególności zobowiązany jest:

1. W razie zajścia zdarzenia i powstania szkody w ubezpieczonym mieniu, Korzystający postępując zgodnie z instrukcją, zobowiązany jest;
   1) użyć wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia rozmiaru szkody oraz zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed dalszą szkodą,
   2) niezwłocznie zawiadomić organy dochodzeniowe o każdym wypadku pożaru powodującego szkodę o znacznych rozmiarach, kradzieży oraz o każdej szkodzie powstałej w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że popełniono przestępstwo.
   3) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania wiadomości o szkodzie, powiadomić najbliższą terytorialnie dla siedziby Korzystającego jednostkę PZU S.A.
   4) bez dokonywania zmian pozostawić miejsce szkody do czasu oględzin przez przedstawiciela PZU S.A., chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na ten zakaz, jeżeli nie rozpoczął czynności likwidacyjnych w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu szkody,
   5) udzielić przedstawicielowi PZU S.A. pomocy i wyjaśnień w ustalaniu okoliczności powstania szkody, jej przedmiotu i wysokości, oraz przedstawić dowody, jakich odpowiednio do stanu rzeczy można wymagać.
   6) sporządzić na własny koszt i przedstawić jednostce PZU S.A. która likwiduje szkodę w uzgodnionym przez strony terminie i formie rachunek szkody w raz z dokumentacją źródłową, stanowiącą podstawę sporządzenia rachunku szkody .
   7) zabezpieczyć prawa regresowe. Jeżeli ubezpieczający bez zgody PZU SA zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, PZU SA może odmówić odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu odszkodowania, PZU SA może zażądać od ubezpieczającego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.
2. niezwłocznie przesyłać do PZU S.A. odpisy wszelkich pism, orzeczeń i aktów związanych ze faktem zajścia zdarzenia i powstania szkody. W razie niedopełnienia przez Korzystającego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1, PZU S.A. może odmówić odszkodowania w części lub całości, chyba że niedopełnienie obowiązku nie miało wpływu na ustalenie okoliczności powstania szkody oraz jej wysokości.
3. Korzystający nie jest upoważniony w żadnym przypadku do dokonania na rzecz PZU S.A. cesji mienia.

UWAGA:

Szkodę do Santander Leasing SA należy zgłosić niezwłocznie po powiadomieniu policji i zakładu ubezpieczeń, poprzez przesłanie formularza zgłoszenia szkody który jest dostępny na stronie internetowej http://www.leasingz4.pl. Prosimy o czytelne wypełnienie formularza zgłoszenia szkody.

ERGO HESTIA®

Najwyższy standard ochrony

Ubezpieczenie Danych Elektronicznych od Ryzyk Cybernetycznych

- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- Ogólne warunki ubezpieczenia

Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna, Polska

Produkt: Ubezpieczenie od Ryzyk Cybernetycznych

Pełne informacje podane są w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych** z dnia 24 września 2018 r. (kod: MP/OW172/1809). Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie od ryzyk cybernetycznych jest skierowane do przedsiębiorców oraz jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi (ubezpieczenie majątkowe grupa 16 z działu II załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, obejmujące szkody różnych ryzyk finansowych.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

SEKCJA I

✓ Przedmiotem ubezpieczenia są dane elektroniczne używane lub gotowe do użytku zgodnie z przeznaczeniem.

SEKCJA II

✓ Przedmiotem ubezpieczenia są poniesione koszty dodatkowe, mające na celu uniknięcie lub zmniejszenie skutków ataku komputerowego objętego ochroną ubezpieczeniową i nie wymienione w pozostałych sekcjach ubezpieczenia.

SEKCJA III

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim w następstwie ataku komputerowego, za który ponosi on odpowiedzialność w związku z wykonywaniem czynności związanych z wprowadzaniem lub przetwarzaniem danych elektronicznych dla celów wykonywania własnej działalności gospodarczej, innej niż wymienione w punktach 1–6 poniżej:

1) doradztwo osobom trzecim dla potrzeb wewnętrznego przetwarzania danych elektronicznych oraz analiza funkcjonujących systemów przetwarzania danych elektronicznych,
2) dostarczanie i wdrażanie systemów informatycznych, projektowanie oprogramowania, modyfikacja lub administracja dotyczącą funkcjonującego oprogramowania, przeznaczonego do wykorzystania przez osoby trzecie w celach handlowych lub statystycznych,
3) projektowanie systemów sterowania i nadzorowania procesów technicznych,
4) projektowanie oprogramowania do systemów sterowania i nadzorowania procesów technicznych,
5) wdrażanie u odbiorców oprogramowania i systemów informatycznych, wykonanych przez inny podmiot,
6) dostawa usług chmury internetowej.

SEKCJA IV

✓ Ubezpieczenie obejmuje utratę zysku brutto oraz zwiększone koszty działalności poniesione przez Ubezpieczonego w okresie odszkodowawczym wskutek ataku komputerowego, objętego zakresem ubezpieczenia w Sekcji I. Maksymalny okres odszkodowawczy wynosi 3 miesiące, chyba że umówiono się inaczej.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje:

SEKCJA I

✗ Utraty danych wskutek fizycznego uszkodzenia lub utraty sprzętu elektronicznego.

✗ Kosztów wartości intelektualnej koniecznych do ponownego sporządzenia danych lub oprogramowania.

✗ Strat pośrednich: utrata zysku, kary umowne, straty spowodowane opóźnieniem, brak wydajności, utrata rynku.

✗ Kosztów poniesionych w celu usunięcia funkcjonalnych wad lub usterek danych, które nie zostały spowodowane zdarzeniem objętym zakresem ubezpieczenia.

✗ Kosztów, które Ubezpieczający poniósłby, gdyby szkoda się nie zdarzyła, chyba że koszty te wynikają ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową.

✗ Szkód w danych, które wykorzystywane były do działalności terrorystycznej lub wspierania terroryzmu lub do innego rodzaju przestępstw.

✗ Szkód związanych z: konfiskatą, zarekwirowaniem, zniszczeniem lub uszkodzeniem danych z polecenia rządu albo innych władz publicznych.

✗ Kar lub grzywien nakładanych przez uprawnione organy administracyjne.

✗ Szkód w danych, które nie są własnością Ubezpieczającego.

✗ Kosztów badań poniesionych w celu skorygowania wszelkich nieprawidłowości istniejących przed zajściem wypadku.

✗ Szkód powstałych wskutek użytkowania oprogramowania nieoryginalnego, nie w pełni lub błędnie zainstalowanego.

✗ Danych elektronicznych, które nie są już dostępne w obrocie handlowym.

✗ Kosztów poniesionych w celu zwiększenia szybkości, przydatności i wydajności systemu operacyjnego.

✗ Danych, dla których nie była tworzona kopia zapasowa.

✗ Danych przechowywanych w chmurach obliczeniowych.

✗ Szkód wyrządzonych osobom trzecim.

✗ Szkód w wyniku awarii sieci wewnętrznej lub błędnego oprogramowania.

✗ Kosztów jakichkolwiek zmian, uzupełnień lub ulepszeń.

✗ Szkód następczych.

SEKCJA II

✗ Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów powstałych w sytuacji, gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela została wyłączona na mocy sekcji I niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

SEKCJA III

✗ Szkód wyrządzone umyślnie przez reprezentantów Ubezpieczonego.

✗ Roszczeń skierowanych przeciwko Ubezpieczonemu o wykonanie lub prawidłowe wykonanie zawartych przez niego umów oraz o wypłatę świadczeń zastępujących ich wykonanie.

✗ Szkód w mieniu i na osobie.

✗ Szkód polegających na kradzieży, naruszeniu lub ujawnieniu własności intelektualnej (takiej jak patenty, znaki towarowe, prawa autorskie) – nie dotyczy odpowiedzialności za naruszenie prywatności i niezachowanie poufności oraz szkód wynikających z działalności multimedialne.

- ✕ Szkód powstałych w wyniku odmowy dostępu do usług Ubezpieczonego świadczonych na rzecz osób trzecich.
- ✕ Szkód wynikających z błędnej porady, konsultacji lub innego naruszenia obowiązków zawodowych.
- ✕ Szkód wobec osób bliskich dla Ubezpieczonego.
- ✕ Szkód wynikłych z nieterminowego wykonania zobowiązania lub przekroczenia harmonogramu prac.
- ✕ Szkód powodujących roszczenia pomiędzy osobami objętymi ubezpieczeniem na podstawie tej samej umowy, w szczególności pomiędzy członkami tego samego zespołu projektowego lub konsorcjum, pracownikami lub innymi osobami, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, w tym także w stosunku pomiędzy nimi a Ubezpieczonym.
- ✕ Szkód wobec spółek kapitałowych, w których większość udziałów (akcji) należy do Ubezpieczonego lub jego osób bliskich, albo ich wspólników lub osób bliskich wspólnikom.
- ✕ Szkód za które Ubezpieczony jest odpowiedzialny wskutek przyjęcia w umowie lub jednostronnej deklaracji odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa.
- ✕ Szkód wynikłych z braku posiadania przez poszkodowanego zabezpieczeń jego własnych danych elektronicznych lub danych mu dostarczonych.
- ✕ Szkód będących wynikiem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.
- ✕ Szkód powstałych w wyniku ataku komputerowego, który miał miejsce przed wejściem w życie umowy ubezpieczenia lub przed datą początkową, o ile ma ona zastosowanie.
- ✕ Kosztów okupu, grzywien sądowych, kar umownych, kar administracyjnych i innych kar pieniężnych oraz jakichkolwiek kosztów związanych z dochodzeniem tych świadczeń, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

SEKCJA IV

- ✕ Nieuzasadnionych opóźnień Ubezpieczonego w podjęciu działalności gospodarczej.
- ✕ Decyzji organów administracji rządowej lub samorządowej, która uniemożliwia lub opóźnia odtworzenie zniszczonych danych elektronicznych i podjęcie działalności gospodarczej.
- ✕ Braku kapitału niezbędnego do odtworzenia zniszczonych danych elektronicznych lub ich odblokowania.
- ✕ Braku dostępności danych elektronicznych, niebędących w obrocie handlowym.
- ✕ Planowanych przerw w działalności, planowanych przestojów lub stanów bezczynności.
- ✕ Szkód następczych, które są wynikiem utraty lub uszkodzenia wskutek ataku komputerowego, ale nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
- ✕ Wydatki na surowce, materiały pomocnicze, produkcyjne lub otrzymane w celu sprzedaży oraz wydatki na energię elektryczną, chyba że są to wydatki niezbędne do kontynuowania działalności gospodarczej.
- ✕ Podatek VAT, podatek akcyzowy, opłaty celne i opłaty skarbowe.
- ✕ Przewoźne, fracht i inne opłaty transportowe.
- ✕ Składka ubezpieczeniowa zależna od obrotu.
- ✕ Honoraria autorskie i wynagrodzenia za patenty, zależne od obrotu.
- ✕ Koszty, straty i zyski, które pochodzą z operacji giełdowych i innych inwestycji kapitałowych.
- ✕ Wszelkiego rodzaju należności, w tym kary pieniężne, grzywny lub odszkodowania, do których wypłaty Ubezpieczony będzie obowiązany w przypadku niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązań wskutek zaistniałej szkody w sekcji I ubezpieczenia.
- ✕ Szkody w mieniu niebędącym danymi elektronicznymi oraz szkody na osobie, w tym niesprzedane towary i usługi.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa ulega ograniczeniu w zakresie:

- ! Szkód powstałych wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa.
- ! Szkód powstałych w związku z działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, wojną domową, zamieszkami społecznymi, konfiskatą, rozruchami, strajkami, lokautami i niepokojami społecznymi oraz aktami terroryzmu i sabotażu.
- ! Szkód spowodowanych uszkodzeniami lub defektami danych istniejących w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których Ubezpieczający wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć, niezależnie od faktu, czy Ubezpieczyciel był o nich powiadomiony.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Unii Europejskiej lub całego świata w odniesieniu do sekcji III, w miejscu wskazanym w umowie ubezpieczenia.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Obowiązki na początku umowy:

– Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek ten spoczywa zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

Obowiązki w czasie trwania umowy ubezpieczenia:

– Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o zmianach okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

– Ubezpieczający obowiązany jest przestrzegać obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, w szczególności przepisów o ochronie przeciwpożarowej, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego, a także stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia,

– Ubezpieczający ma obowiązek zapobiegać powstaniu szkody, w szczególności aktualizować wskazane przez producentów zainstalowane programy komputerowe i systemy,

– Ubezpieczający zobowiązany jest do sporządzania kopii danych elektronicznych przynajmniej raz na 7 dni, przy czym kopie te muszą być przechowywane na zewnętrznych nośnikach danych elektronicznych.

W razie zajścia wypadku Ubezpieczony ma obowiązek:

– użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,

– niezwłocznie powiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie, która mogła powstać w wyniku przestępstwa,

– niezwłocznie po wykryciu zdarzenia zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie.,

– pozostawić bez zmian miejsce szkody do czasu przybycia lub nawiązania zdalnego kontaktu (kryptograficznie bezpiecznego) przez Ubezpieczyciela lub podmiotu upoważnionego przez Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia danych pozostałych po szkodzie lub zmniejszenia szkody,

– umożliwić Ubezpieczycielowi lub podmiotowi upoważnionemu przez Ubezpieczyciela dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a także niezbędnych pełnomocnictw,

– umożliwić Ubezpieczycielowi dostęp do danych elektronicznych oraz przedstawiać dokumenty związane z ich zakupem (dotyczy oprogramowania i systemów komputerowych),

– zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowie¬dzialnych za szkodę.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka jest płatna jednorazowo w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak na wniosek Ubezpieczającego może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do 12 miesięcy. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia. W przypadku gdy 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 ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka lub rata składki.Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczenia wygasł przed tym terminem.

Jak rozwiązać umowę?

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych

MP/OW172/1809

Tabela informacyjna regulująca zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 3

Postanowienia ogólne 5

Umowa na cudzy rachunek 5

Definicje 5

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia 7

Składka ubezpieczeniowa 8

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela 9

Obowiązki Ubezpieczającego 10

Wypłata odszkodowania 12

Regres ubezpieczeniowy 12

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego 13

Ubezpieczenie danych elektronicznych (Sekcja I) 13

- Przedmiot i zakres ubezpieczenia 13
- Wyłączenia odpowiedzialności 14
- Suma ubezpieczenia 15
- Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania 16

Ubezpieczenie kosztów dodatkowych (Sekcja II) 16

- Przedmiot i zakres ubezpieczenia 16
- Wyłączenia odpowiedzialności 17
- Suma ubezpieczenia 17
- Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania 17

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (Sekcja III) 17

Przedmiot i zakres ubezpieczenia 17

Wyłączenia odpowiedzialności 18

Suma gwarancyjna 19

Ustalenie wysokości odszkodowania 19

Ubezpieczenie utraty zysku (Sekcja IV) 21

Przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia i wyłączeniaodpowiedzialności 21

Suma ubezpieczenia 22

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania 22

Postanowienia końcowe 23

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych Opcjonalne Klauzule Dodatkowe 25

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych 28

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Numer zapisu	
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
§ 8 ust. 2; § 18; § 19; § 25; § 29; § 30; § 35 ust. 2; § 36; § 37; § 40. Klauzule nr: 1001, 1002, 2001, 2002, 2003, 3001, 3002.	§ 8 ust. 1, 4; § 4; § 9 ust. 6, 8, 13; § 11 ust. 1, 2, 3, 4, 6; § 12; § 13; § 20; § 21; § 22 ust. 1; § 23; § 24; § 26; § 27 ust. 1; § 28; § 29; § 31; § 32; § 34; § 37; § 38; § 40; § 41. Klauzule nr: 1001, 2001, 2002, 2003, 3001, 3002.

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem", zawiera umowy ubezpieczenia danych elektronicznych z osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi".

§ 2

Umowy ubezpieczenia mogą być zawierane na uzgodnionych przez strony warunkach odbiegających od postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Dodatkowe klauzule umowne powinny być sporządzone na piśmie i w pełnym brzmieniu dołączone do umowy, pod rygorem nieważności.

Umowa na cudzy rachunek

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.
2. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do osoby, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia, zwanej dalej „Ubezpieczonym".
3. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do przekazania Ubezpieczonemu ogólnych warunków ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony wyraża Ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, to Ubezpieczający doręcza Ubezpieczonemu ogólne warunki ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego tej zgody. Ubezpieczony ma obowiązek potwierdzić doręczenie mu ogólnych warunków ubezpieczenia na piśmie. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać dokument z takim potwierdzeniem Ubezpieczycielowi.

Definicje

§ 4

W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za:

POJĘCIE	CO OZNACZA?
1. akt terroryzmu	uważa się akt dokonany z przyczyn politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, w tym z zamiarem wpłynięcia na dowolny rząd i/lub w celu wzbudzenia strachu w społeczeństwie lub w części społeczeństwa,
2. atak DDoS (rozproszony atak dystrybucyjny DDoS)	uważa się atak na systemy komputerowe Ubezpieczającego lub usługę sieciową, przeprowadzany równocześnie z wielu źródeł przez osoby trzecie w celu uniemożliwienia działania poprzez zajęcie wszystkich wolnych zasobów,
3. atak komputerowy	uważa się nielegalne działania związane z uzyskaniem nieautoryzowanego dostępu do danych elektronicznych przez nieuprawnione osoby, w tym rozproszony atak dystrybucyjny DDoS lub działanie złośliwego oprogramowania. Przez nieuprawnione osoby rozumie się osoby trzecie pozostające poza stosunkiem ubezpieczenia oraz pracowników Ubezpieczonego, którzy złamali zabezpieczenia lub w inny sposób zdobyli dostęp do danych elektronicznych, do których nie posiadali dostępu nadanego przez Ubezpieczonego,

POJĘCIE	CO OZNACZA?
4. chmurę obliczeniową	uważa się model dostarczania zasobów obliczeniowych – serwerów, baz danych, sieci, oprogramowania – za pośrednictwem Internetu,
5. dane elektroniczne	uważa się informacje w formie cyfrowej, niezależnie od sposobu ich wyświetlania i wykorzystania, nadające się do przetwarzania elektronicznego, zgromadzone poza pamięcią operacyjną (RAM), tj.: a) dane zapisane w zbiorach danych, b) systemy operacyjne i programy wchodzące w ich skład, licencje oraz oprogramowanie, c) programy seryjne i aplikacyjne pochodzące z produkcji jednostkowej. Dane elektroniczne nie są uważane za rzeczy ruchome.
6. dane osobowe	uważa się informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej, niedostępne publicznie i podlegające ochronie prawnej, w tym dane ujawniające szczegóły życia prywatnego,
7. datę początkową	uważa się termin wskazany w umowie, od którego rozpoczyna bieg ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia. Gdy w dokumencie ubezpieczenia (polisie) nie wskazano dziennej daty początkowej, przyjmuje się za nią pierwszy dzień okresu ubezpieczenia w aktualnej umowie ubezpieczenia,
8. działalność multimedialną	uważa się publiczne udostępnianie za pomocą strony internetowej Ubezpieczonego, mediów społecznościowych lub poczty e-mail tekstów, obrazów, plików audio lub wideo,
9. franszyzę redukcyjną	uważa się określoną w procentach, kwotowo lub czasowo wartość redukującą łączne świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu jednego wypadku lub zdarzenia,
10. informacje poufne	uważa się wszelkie niedostępne publicznie dane biznesowe lub informacje handlowe, które podlegają szczególnej ochronie w ramach przedsiębiorstwa,
11. konsumpcję limitu odpowiedzialności	uważa się zmniejszenie limitu odpowiedzialności po wypłacie odszkodowania,
12. maksymalny okres odszkodowawczy	uważa się ustalony przez Ubezpieczonego w umowie przewidywany okres zakłóceń lub przerwy w działalności gospodarczej, jaka może wystąpić bezpośrednio wskutek szkody objętej zakresem w sekcji I,
13. nieubezpieczone koszty działalności (koszty zmienne)	uważa się koszty ulegające redukcji wraz ze spadkiem wartości obrotu będącym następstwem zakłóceń lub przerwy w działalności gospodarczej, powstałych bezpośrednio wskutek szkody w sekcji I,
14. obrót	uważa się sumę przychodów uzyskanych przez Ubezpieczonego z tytułu prowadzonej działalności,
15. obrót standardowy	uważa się obrót równy wartości obrotu uzyskanego w czasie odpowiadającym okresowi odszkodowawczemu w ciągu bezpośrednio poprzedzających datę powstania szkody w sekcji I, skorygowanego w sposób uwzględniający sezonowość, uwarunkowania i trendy rynkowe, które miały wpływ na przebieg działalności gospodarczej przed szkodą w sekcji I oraz oddziałujące na działalność gospodarczą po jej wystąpieniu, a także okoliczności, które wywierałyby wpływ na działalność gospodarczą, gdyby ta szkoda nie powstała,
16. odtworzenie danych	uważa się koszty utworzenia wersji elektronicznej danych sprzed ataku komputerowego z innych dostępnych źródeł,
17. okres dodatkowy	uważa się okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie ubezpieczenia. W przypadku braku wskazania w polisie okresu dodatkowego przyjmuje się, że ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana wyłącznie dla wypadków zgłoszonych w okresie ubezpieczenia,
18. okres odszkodowawczy	uważa się okres faktycznych zakłóceń lub przerw w działalności, rozpoczynający się w dniu wystąpienia ataku komputerowego i trwający tak długo, jak atak ten wywierać będzie ujemny wpływ na wyniki finansowe prowadzonej działalności, jednakże nie wcześniej niż przed wykryciem ataku komputerowego; i nie dłużej niż do końca określonego w umowie ubezpieczenia maksymalnego okresu odszkodowawczego,
19. oprogramowanie antywirusowe	uważa się program komputerowy, którego celem jest zapobieganie, wykrywanie, zwalczanie i usuwanie złośliwego oprogramowania,
20. organ regulacyjny lub administracyjny	uważa się dowolny urząd, organ rządowy lub statutowy upoważniony do egzekwowania obowiązków ustawowych dotyczących kontroli przetwarzania danych zgodnie z prawem polskim,
21. osoby bliskie	uważa się małżonka, osoby pozostające w związku partnerskim, rodzeństwo, wstępnych, zstępnych, teściów, zięciów i synów, ojczyma, macochę, pasierbów, przysposobionych i przysposabiających,
22. osoby trzecie	uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym; za osoby trzecie uważa się również pracowników Ubezpieczonego, o ile szkoda pozostaje bez związku z wykonywaniem obowiązków służbowych na jego rzecz,
23. pracownika	uważa się osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, a także pracownika agencji pracy tymczasowej lub osobę, która wyłącznie osobiście świadczy pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, włączając w to osobę fizyczną, która zawarła umowę jako przedsiębiorca,
24. przetwarzanie danych	uważa się jakiekolwiek operacje wykonywane na danych elektronicznych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, wykonywane w systemach informatycznych,

POJĘCIE	CO OZNACZA?
25. przywrócenie danych	uważa się koszty przywrócenia z kopii zapasowej lub odzyskania z uszkodzonych zewnętrznych nośników danych elektronicznych, które zostały zmodyfikowane, utracone bądź uszkodzone i do których nie ma elektronicznego dostępu, do stanu sprzed ataku komputerowego,
26. przywrócenie dostępu do danych	uważa się koszty odblokowania dostępu do danych elektronicznych, zablokowanych w wyniku ataku komputerowego, nawet gdyby działania te okazały się bezskuteczne,
27. reprezentanta	uważa się członka zarządu spółki kapitałowej, członka rady nadzorczej, prokurenta oraz wspólnika lub partnera w spółkach osobowych,
28. roszczenie	uważa się jakiekolwiek pisemne żądanie ze strony osoby trzeciej, wyrażające zamiar tej osoby przypisania Ubezpieczonemu odpowiedzialności za szkodę objętą ubezpieczeniem lub jakikolwiek proces, postępowanie przeciwko Ubezpieczonemu o odszkodowanie za szkodę objętą zakresem ubezpieczenia,
29. szkodę na osobie	uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści poniesione przez poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
30. szkodę w mieniu	uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości Poszkodowanego; dane elektroniczne nie są uważane za rzeczy ruchome,
31. Ubezpieczającego	uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inny podmiot prawa cywilnego, posiadający zdolność do dokonywania czynności prawnych, zawierający z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia,
32. Ubezpieczonego	uważa się wskazaną w umowie ubezpieczenia osobę fizyczną, osobę prawną lub inny podmiot prawa cywilnego, na rzecz którego świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa,
33. usunięcie złośliwego oprogramowania	uważa się wszelkie koszty poniesione w związku z usunięciem złośliwego oprogramowania i oczyszczeniem danych elektronicznych wskutek ataku komputerowego,
34. utratę zysku brutto	uważa się utratę zysku poniesioną przez Ubezpieczonego w okresie odszkodowawczym, bezpośrednio wynikającą ze spadku obrotu lub wzrostu kosztów działalności, która powstała wskutek zakłóceń lub przerw w działalności gospodarczej będących bezpośrednim następstwem szkody w sekcji I,
35. wskaźnik zysku brutto	uważa się udział procentowy zysku brutto w wartości obrotu dla roku obrotowego bezpośrednio poprzedzającego datę szkody w sekcji I ubezpieczenia, skorygowany w sposób uwzględniający uwarunkowania i trendy rynkowe, które miały wpływ na przebieg działalności gospodarczej przed szkodą w sekcji I ubezpieczenia oraz oddziałujące na działalność gospodarczą po jej wystąpieniu, a także okoliczności, które wywierałyby wpływ na działalność gospodarczą, gdyby ta szkoda nie powstała,
36. wypadek	uważa się wniesienie po raz pierwszy roszczenia przeciwko Ubezpieczonemu (lub Ubezpieczycielowi, o ile roszczenie dotyczy odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego za wyrządzoną szkodę),
37. zdarzenie	uważa się zajście ataku komputerowego u Ubezpieczonego,
38. zewnętrzne nośniki danych	uważa się elementy umożliwiające gromadzenie danych elektronicznych, wymienialne lub zewnętrzne dyski magnetyczne i optyczne nadające się do odczytu elektronicznego, pamięci flash,
39. złośliwe oprogramowanie	uważa się wrogie lub inwazyjne oprogramowanie lub kody (takie jak wirusy, programy szpiegujące, robaki komputerowe, keyloggery, konie trojańskie, ransomware i inne szkodliwe oprogramowanie), których celem jest uzyskanie dostępu do systemów komputerowych i/lub zakłócenie ich pracy,
40. zysk brutto	uważa się kwotę stanowiącą różnicę między: sumą wartości obrotu według stanu na koniec roku obrotowego a nieubezpieczonych kosztów działalności,
41. związek partnerski	uważa się nieformalny związek dwóch osób, pozostających ze sobą we wspólnym pożyciu, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe. Osoby będące w związku partnerskim nie może łączyć stosunek pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie sporządzonego w formie pisemnej wniosku ubezpieczeniowego.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
   a) nazwę i adres Ubezpieczającego i Ubezpieczonego,
   b) miejsce ubezpieczenia,
   c) przedmiot ubezpieczenia,

d) limit odpowiedzialności dla poszczególnych pozycji umowy ubezpieczenia,

e) okres ubezpieczenia,

f) przyczyny, liczbę i wielkość zdarzeń w ostatnich 5 latach.

3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z umową.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z niniejszymi warunkami, Ubezpieczający powinien na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić albo sporządzić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek ubezpieczeniowy Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewypełnienia tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami określonymi we wniosku. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku, zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

Składka ubezpieczeniowa

§ 6

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Składka może zostać obniżona ze względu na:

   a) bezszkodowość,

   b) krótszy niż 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
4. Składka może zostać podwyższona ze względu na:

   a) zakres terytorialny,

   b) rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o dodatkowe ryzyka (klauzule indywidualne),

   c) rozłożenie płatności składki na raty.
5. Ubezpieczyciel może – w przypadkach uzasadnionych rodzajem przedmiotu ubezpieczenia, środkami jego zabezpieczenia, zgłoszonymi szkodami lub innymi ważnymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka – obliczyć składkę ubezpieczeniową, uwzględniając powyższe czynniki.
6. Składka jest płatna jednorazowo w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak na wniosek Ubezpieczającego może być rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat składki i ich wysokość określa się w umowie ubezpieczenia.
7. Rozliczenia składki dokonywane będą zgodnie z zasadą pro rata temporis. Oznacza to, że Ubezpieczycielowi należna jest składka w takiej proporcji, w jakiej liczba dni udzielanej ochrony ubezpieczeniowej pozostaje do okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie, z zastrzeżeniem postanowień § 8.
8. Obowiązek zapłaty składki obciąża Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 7

1. Okres ubezpieczenia określa się w umowie.
2. Za początek okresu ubezpieczenia uważa się datę uzgodnioną przez strony umowy.
3. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na czas krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).

§ 8

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że składka lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Z zastrzeżeniem § 29, Ubezpieczyciel odpowiada za szkody powstałe wskutek ataku komputerowego, do którego doszło w okresie ubezpieczenia z uwzględnieniem daty początkowej, o ile ma ona zastosowanie w umowie, pod warunkiem, że atak został wykryty w okresie ubezpieczenia lub w ciągu 7 dni następujących po okresie ubezpieczenia. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczenia wygasł przed tym terminem. W odniesieniu do sekcji I, II i IV zgłoszenie szkody powstałej w okresie ubezpieczenia wskutek ataku komputerowego, objętego ochroną ubezpieczeniową, musi nastąpić w ciągu 7 dni po jego wykryciu. Jeżeli w toku likwidacji szkody nie można ustalić daty ataku komputerowego, czyli wskazać, czy szkoda wydarzyła się w okresie ubezpieczenia z uwzględnieniem daty początkowej, Ubezpieczyciel przyjmuje swoją odpowiedzialność za taki atak z zastrzeżeniem wyłączeń zawartych w § 20, § 21 oraz § 31 i § 37. W odniesieniu do sekcji III, w razie powstania wypadku, do obowiązków Ubezpieczającego należy niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni po powstaniu wypadku lub uzyskaniu o nim wiadomości, zawiadomić o tym Ubezpieczyciela.
3. Serie ataków komputerowych objętych ubezpieczeniem w ciągu 48 godzin wynikające z tego samego zdarzenia będą uważane za jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem, wykryte w momencie wystąpienia pierwszej z tych serii, z zastrzeżeniem § 29 ust. 3
4. Jeśli 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, z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od doręczenia wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
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. Za zapłatę składki lub raty składki uważa się zapłatę kwoty wynikającej z umowy ubezpieczenia.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 9

1. Ubezpieczający ma obowiązek podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał 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 jemu znane. 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 jest obowiązany niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy w innych pismach.
3. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie adresu siedziby.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 1–3 spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. Jeżeli Ubezpieczający działał przez przedstawiciela, to obowiązki określone w ust. 1–3 ciążą również na przedstawicielu i obejmują także okoliczności jemu znane.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1–5 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek lub zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
7. Ubezpieczający ma obowiązek zapobiegać powstaniu szkody, w szczególności aktualizować wskazane przez producentów zainstalowane programy komputerowe i systemy.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił obowiązków określonych w ust. 7, a ich niedopełnienie miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie szkody lub jej rozmiar.
9. Ubezpieczający ma obowiązek umożliwić Ubezpieczycielowi dostęp do danych elektronicznych oraz przedstawiać dokumenty związane z ich zakupem (dotyczy oprogramowania i systemów komputerowych).
10. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnienia własnej infrastruktury teleinformatycznej w postępowaniu likwidacyjnym na zlecenie Ubezpieczyciela lub jednostki współpracującej z Ubezpieczycielem w ramach informatyki śledczej, w tym w formie zdalnej (kryptograficznie bezpiecznej), jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności, zakresu lub wysokości szkody.
11. Do obowiązków Ubezpieczającego należy:
    1) prowadzenie ksiąg i przechowywanie bilansów z 3 lat poprzedzających datę zawarcia umowy ubezpieczenia w taki sposób, aby nie mogły one ulec zniszczeniu,
    2) umożliwienie Ubezpieczycielowi wglądu do dokumentów finansowych przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
12. Ubezpieczający zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy istnienia polisy ubezpieczeniowej przed osobami trzecimi, chyba że jest to wymagane prawnie lub Ubezpieczyciel wyraził na to zgodę.
13. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych w ust. 9–12, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części, w zakresie w jakim niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody, bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania, i pozostaje w związku przyczynowym z zaistniałym atakiem komputerowym.

14. Ubezpieczający umożliwi Ubezpieczycielowi przeprowadzenie audytu teleinformatycznego (np. w formie testów penetracyjnych) w dowolnym momencie trwania okresu ubezpieczenia, w uzgodnieniu z Ubezpieczającym.
15. Ubezpieczony jest obowiązany do udostępnienia danych elektronicznych Ubezpieczycielowi lub podmiotom z nim współpracującym na wniosek Ubezpieczyciela w celu wykonania kopii binarnej danych elektronicznych w postępowaniu likwidacyjnym.

§ 10

Ubezpieczający zobowiązany jest do sporządzania kopii danych elektronicznych przynajmniej raz na 7 dni, przy czym kopie te muszą być przechowywane na zewnętrznych nośnikach danych elektronicznych.

§ 11

1. W razie ataku komputerowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający ma obowiązek użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe z tego powodu.
3. Ponadto do obowiązków Ubezpieczającego należy:
   a) niezwłocznie zawiadomić miejscową jednostkę policji o każdej szkodzie,
   b) niezwłocznie po wykryciu zdarzenia zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzie; jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na cudzy rachunek, obowiązek ten obciąża zarówno Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek,
   c) pozostawić bez zmian miejsce szkody, w szczególności zachować sprzęt komputerowy, oprogramowanie i dane elektroniczne dotknięte atakiem komputerowym, do czasu przybycia lub nawiązania zdalnego kontaktu (kryptograficznie bezpiecznego) przez Ubezpieczyciela lub podmiotu upoważnionego przez Ubezpieczyciela, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia danych elektronicznych pozostałych po szkodzie lub zmniejszenia szkody,
   d) umożliwić Ubezpieczycielowi lub podmiotowi upoważnionemu przez Ubezpieczyciela dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości odszkodowania oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień, a także niezbędnych pełnomocnictw,
   e) stosować się do wszystkich zaleceń wydanych przez Ubezpieczyciela i/lub firmą współpracującą z Ubezpieczycielem w ramach informatyki śledczej po wystąpieniu ataku komputerowego.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 3 pkt. lit. b),lit. e), Ubezpieczyciel odpowiednio zmniejszy świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków ataku komputerowego objętego ochroną ubezpieczeniową i pozostaje w związku przyczynowym z zaistniałym atakiem komputerowym.
5. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
6. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 3 lit. a), lit. c), lit. d), Ubezpieczyciel odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub w części, w zależności od tego, w jakim stopniu niedopełnienie obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności powstania szkody bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania.

Wypłata odszkodowania

§ 12

1. Uprawniony z umowy ubezpieczenia ma obowiązek udokumentować zasadność zgłoszonego roszczenia.
2. Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne dla rozpatrzenia roszczenia, w tym dokumenty poświadczające, że szkoda miała miejsce.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczający powinien dostarczyć w terminie 7 dni od daty uzyskania wiadomości o powstaniu szkody.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody.
5. Poszkodowany jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane po zajściu ataku komputerowego.

§ 13

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym stanu faktycznego, zasadności i wysokości odszkodowania lub zawartej z nim ugody albo prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu lub wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 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. 2.
4. O ile nie umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez Ubezpieczyciela nie może być wyższa od poniesionej szkody.
5. Ustalone limity odpowiedzialności zostają obniżone o kwoty wypłaconych odszkodowań (konsumpcja limitu ubezpieczenia), chyba że umówiono się inaczej.

§ 14

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

Regres ubezpieczeniowy

§ 15

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez Ubezpieczyciela roszczenie regresowe Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczający ma obowiązek zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń regresowych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
3. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczającego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód lub niespełnienia obowiązków wynikających z ust. 2, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub w części, a jeżeli odszkodowanie już wypłacono może żądać jego zwrotu.
4. Zasady wynikające z ust. 1–3 stosuje się odpowiednio w razie zawarcia umowy na cudzy rachunek.

Wygaśnięcie stosunku ubezpieczeniowego

§ 16

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres przekraczający 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o odstąpieniu:

a) poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, lub
b) za pośrednictwem przedstawiciela ERGO Hestii, lub
c) pod numerem telefonu: 58 555 50 60, lub
d) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

§ 17

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia lub 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.

Ubezpieczenie danych elektronicznych (Sekcja I)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 18

1. Przedmiotem ubezpieczenia są dane elektroniczne używane lub gotowe do użytku zgodnie z przeznaczeniem.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są dane elektroniczne znajdujące się na terytorium Unii Europejskiej, chyba że w umowie ubezpieczenia postanowiono inaczej.
3. Jeżeli Ubezpieczony zbywa przedmiot ubezpieczenia postanawia się, że umowa ubezpieczenia wygasa.

§ 19

1. Z zastrzeżeniem § 20 i wyłączeń wymienionych w § 21 dane elektroniczne określone w umowie objęte są ochroną ubezpieczeniową od utraty lub uszkodzenia wskutek ataku komputerowego, którego wystąpienia Ubezpieczony nie był w stanie przewidzieć, a w wyniku którego danych elektronicznych nie można przetworzyć.
2. Z uwzględnieniem postanowień ust. 1 ubezpieczenie obejmuje wyłącznie wymienione w niniejszym paragrafie koszty:
   a) przywrócenia danych elektronicznych,
   b) odtworzenia danych elektronicznych,
   c) przywrócenia dostępu do danych elektronicznych,
   d) zakupu nowego oprogramowania, które zostało uszkodzone lub zniszczone,
   e) usunięcia złośliwego oprogramowania.
3. W przypadku wystąpienia ataku komputerowego objętego ochroną Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu koszty poniesione w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, w granicach jego limitu odpowiedzialności, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.
4. Jeżeli koszty wymienione w ust. 3 zostały poniesione na pisemne polecenie Ubezpieczyciela, wówczas koszty te zostaną zwrócone w całości, nawet jeżeli odszkodowanie za szkodę powiększone o te koszty przekracza łączny limit odpowiedzialności uzgodniony dla danej umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 20

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód wynikłych z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa reprezentantów Ubezpieczonego, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

§ 21

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje szkód powstałych wskutek:
   1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajku, lokautu oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania przez władzę,
   2) nieposiadania zainstalowanego lub zainstalowania nielicencjonowanego lub niewspieranego aktualizacjami oprogramowania antywirusowego oraz systemu operacyjnego,
   3) awarii, przerw w działaniu, braku dostępu lub zakłóceń u dostawcy usług lub osób trzecich, która nie jest pod kontrolą Ubezpieczonego (w tym usługi internetowej, energii elektrycznej, gazu, wody lub innych dostawców mediów),
2. O ile nie umówiono się inaczej, Ubezpieczyciel nie odpowiada do wysokości franszyzy redukcyjnej w kwocie 5000 PLN, która w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stanowi udział Ubezpieczonego w odszkodowaniu z tytułu każdego zdarzenia.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za:
   1) utratę danych elektronicznych wskutek fizycznego uszkodzenia lub utraty sprzętu elektronicznego, w tym zaboru,
   2) następujące straty pośrednie: utrata zysku, kary umowne, straty spowodowane opóźnieniem, brak wydajności, utrata rynku, wycofanie produktu,

3) szkody spowodowane uszkodzeniami lub defektami danych elektronicznych, istniejącymi w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, o których Ubezpieczony wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć, niezależnie od faktu, czy Ubezpieczyciel był o nich powiadomiony,
4) koszty poniesione w celu usunięcia funkcjonalnych wad lub usterek danych elektronicznych, które nie zostały spowodowane atakiem komputerowym objętym zakresem ubezpieczenia,
5) szkody w danych elektronicznych, które wykorzystywane były do działalności terrorystycznej lub wspierania terroryzmu lub do innego rodzaju przestępstw,
6) konfiskatę, zarekwirowanie, zniszczenie lub uszkodzenie danych elektronicznych z polecenia rządu albo innych władz publicznych oraz szkód powstałych z decyzji właściwych organów administracji lokalnej, państwowej lub władz publicznych, polegających na opóźnieniu w przywracaniu lub odtwarzaniu utraconych lub uszkodzonych danych elektronicznych,
7) kary, sankcje i/lub grzywny nakładane przez uprawnione organy administracyjne i regulacyjne, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej,
8) szkody w danych elektronicznych, które nie są przetwarzane przez Ubezpieczonego,
9) dane elektroniczne, które nie są już dostępne w obrocie handlowym (nie można dokonać ich zakupu),
10) koszty poniesione w celu zwiększenia szybkości, przydatności i wydajności systemu operacyjnego lub oprogramowania,
11) dane elektroniczne, dla których nie była tworzona kopia zapasowa, zgodnie z § 10,
12) dane elektroniczne przechowywane w chmurach obliczeniowych, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej,
13) szkody wyrządzone osobom trzecim,
14) szkody powstałe w wyniku awarii lub przerwy w działaniu infrastruktury teleinformatycznej lub oprogramowania,
15) szkody następcze, które są wynikiem utraty lub uszkodzenia wskutek ataku komputerowego, ale nie są objęte zakresem ubezpieczenia,
16) koszty okupu, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
17) braku kapitału niezbędnego do przywrócenia lub odtworzenia utraconych lub uszkodzonych danych elektronicznych we właściwym czasie.
18) szkody w mieniu i szkody na osobie,
19) kradzieże, naruszenia lub ujawnienia wartości intelektualnej,
20) ataki komputerowe, które są znane Ubezpieczającemu w momencie zawierania umowy ubezpieczenia,
21) wartość, w tym wartość intelektualną, stworzonych i przetwarzanych danych elektronicznych, w szczególności tych, których nie można kupić, przywrócić lub odtworzyć.

Suma ubezpieczenia

§ 22

1. Sumę ubezpieczenia ustala się jako limit odpowiedzialności, określony w umowie na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, stanowiący górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości danych elektronicznych, Ubezpieczony może zgłosić ten fakt Ubezpieczycielowi i podwyższyć limit odpowiedzialności, opłacając dodatkową składkę.

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania

§ 23

1. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody, w granicach limitu odpowiedzialności, na podstawie cen z dnia ustalenia odszkodowania.
2. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się podatku od towarów i usług podlegającego odliczeniu przez Ubezpieczonego, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odszkodowanie ustala się według poniesionych i udokumentowanych kosztów, jednak w wysokości nie wyższej niż limit odpowiedzialności określony w umowie.

§ 24

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej Ubezpieczycieli na limity, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między Ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności pozostaje do łącznych sum lub limitów wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, uzgodniono że suma wypłacona przez Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego Ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między Ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności równa jest wartości ubezpieczonego mienia.

Ubezpieczenie kosztów dodatkowych (Sekcja II)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 25

1. Przedmiotem ubezpieczenia są poniesione koszty dodatkowe, mające na celu uniknięcie lub zmniejszenie skutków ataku komputerowego objętego ochroną ubezpieczeniową i nie wymienione w pozostałych sekcjach ubezpieczenia.
2. Z uwzględnieniem postanowień ust. 1 ubezpieczenie obejmuje koszty poniesione przez Ubezpieczonego wskutek szkody w ramach sekcji I, w szczególności koszty:
   a) public relations w celu minimalizacji szkód reputacyjnych,
   b) przeniesienia nieutraconych danych elektronicznych na inne nośniki danych,
   c) porady prawnej,
   d) ograniczenia lub usunięcia skutków utraty danych elektronicznych,
   e) wynajęcia infolinii w celu m.in. poinformowania klientów o wycieku danych osobowych,
   f) poszukiwania sprawcy szkody,
   g) koszty notyfikacji osób poszkodowanych.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 26

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów powstałych w sytuacji, gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela została wyłączona na mocy § 20 i § 21 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 27

1. Sumę ubezpieczenia ustala się jako limit odpowiedzialności, określony w umowie na jeden i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, stanowiący górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost przewidywanych kosztów, mających na celu uniknięcie lub zmniejszenie skutków ataku komputerowego, Ubezpieczony może zgłosić ten fakt Ubezpieczycielowi i podwyższyć sumę ubezpieczenia, opłacając dodatkową składkę.

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania

§ 28

1. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody, w granicach limitu odpowiedzialności na podstawie cen z dnia ustalenia odszkodowania.
2. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania nie uwzględnia się podatku od towarów i usług podlegającego odliczeniu przez Ubezpieczonego, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odszkodowanie ustala się według poniesionych i udokumentowanych kosztów, jednak w wysokości nie wyższej niż limit odpowiedzialności określony w umowie.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (Sekcja III)

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 29

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim w następstwie ataku komputerowego, za który ponosi on odpowiedzialność w związku z wykonywaniem czynności związanych z wprowadzaniem lub przetwarzaniem danych elektronicznych dla celów wykonywania własnej działalności gospodarczej, innej niż wymienione w punktach 1–6 niniejszego ustępu:
   1) doradztwo osobom trzecim dla potrzeb wewnętrznego przetwarzania danych elektronicznych oraz analiza funkcjonujących systemów przetwarzania danych elektronicznych,
   2) dostarczanie i wdrażanie systemów informatycznych, projektowanie oprogramowania, modyfikacja lub administracja dotyczącą funkcjonującego oprogramowania, przeznaczonego do wykorzystania przez osoby trzecie w celach handlowych lub statystycznych,
   3) projektowanie systemów sterowania i nadzorowania procesów technicznych,

4) projektowanie oprogramowania do systemów sterowania i nadzorowania procesów technicznych,

5) wdrażanie u odbiorców oprogramowania i systemów informatycznych, wykonanych przez inny podmiot,

6) dostawa usług chmury internetowej.

2. Umowa ubezpieczenia obejmuje wypadki, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia lub w okresie dodatkowych 12 miesięcy po zakończeniu okresu ubezpieczenia, będące następstwem ataku komputerowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia lub po dacie początkowej, o ile w umowie ubezpieczenia ma ona zastosowanie.
3. Wszystkie wypadki będące następstwem tego samego ataku komputerowego lub wynikające z tej samej przyczyny uważa się za jeden wypadek i przyjmuje się, że miały miejsce w chwili powstania pierwszego wypadku.
4. Wypadki zgłoszone w okresie dodatkowym nie są objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, z której wynika ten dodatkowy okres, jeżeli wystąpi co najmniej jedna z poniższych okoliczności:

   1) Ubezpieczyciel zawarł z Ubezpieczonym kolejną umowę ubezpieczenia będącą kontynuacją dotychczasowej polisy.

   2) w okresie dodatkowym Ubezpieczony zawarł z jakimkolwiek Ubezpieczycielem ubezpieczenie OC obejmujące ochroną szkody wynikłe z ryzyk cybernetycznych.

§ 30

W ramach naprawienia szkody wyrządzonej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie szkody:

wynikające z odpowiedzialności Ubezpieczonego za naruszenie prywatności i niezachowanie poufności:

1) wszelkie straty oraz należne zadośćuczynienia poniesione przez osoby trzecie, o ile bezpośrednio w wyniku ataku komputerowego doszło do ujawnienia ich danych osobowych lub informacji poufnych uzyskanych zgodnie z prawem i przechowywanych przez Ubezpieczonego jako administratora danych,

wynikające z odpowiedzialności Ubezpieczonego za bezpieczeństwo sieci:

2) koszty poniesione przez osoby trzecie na odtworzenie, przywrócenie danych elektronicznych, przywrócenie dostępu do danych elektronicznych lub usunięcie złośliwego oprogramowania oraz utracone korzyści, które osoby te mogłyby osiągnąć, gdyby dane elektroniczne nie zostały uszkodzone, utracone, zablokowane lub zainfekowane, o ile do szkody doszło bezpośrednio w wyniku ataku komputerowego,

przy informatyce śledczej:

3) koszty działania specjalistów z zakresu informatyki śledczej poniesione przez osoby trzecie na poszukiwanie sprawcy ataku komputerowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 31

1. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody wyrządzone umyślnie przez reprezentantów Ubezpieczonego.
2. Umową ubezpieczenia nie są objęte roszczenia skierowane przeciwko Ubezpieczonemu o wykonanie lub prawidłowe wykonanie zawartych przez niego umów oraz o wypłatę świadczeń zastępujących ich wykonanie.
3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego za szkody:

   1) w mieniu i na osobie,

   2) polegające na kradzieży, naruszeniu lub ujawnieniu własności intelektualnej (takiej jak patenty, znaki towarowe, prawa autorskie) – nie dotyczy odpowiedzialności za naruszenie prywatności i niezachowanie poufności oraz szkód wynikających z działalności multimedialnej,

3) powstałe w wyniku odmowy dostępu do usług Ubezpieczonego świadczonych na rzecz osób trzecich,
4) wynikające z błędnej porady, konsultacji lub innego naruszenia obowiązków zawodowych,
5) wobec osób bliskich dla Ubezpieczonego,
6) wynikłe z nieterminowego wykonania zobowiązania lub przekroczenia harmonogramu prac,
7) powodujące roszczenia pomiędzy osobami objętymi ubezpieczeniem na podstawie tej samej umowy, w szczególności pomiędzy członkami tego samego zespołu projektowego lub konsorcjum, pracownikami lub innymi osobami, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, w tym także w stosunku pomiędzy nimi a Ubezpieczonym,
8) wobec spółek kapitałowych, w których większość udziałów (akcji) należy do Ubezpieczonego lub jego osób bliskich, albo ich wspólników lub osób bliskich wspólnikom,
9) za które Ubezpieczony jest odpowiedzialny wskutek przyjęcia w umowie lub jednostronnej deklaracji odpowiedzialności cywilnej przekraczającej zakres wynikający z przepisów prawa,
10) wynikłe z braku posiadania przez poszkodowanego zabezpieczeń jego własnych danych elektronicznych lub danych mu dostarczonych,
11) będące wynikiem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub przestępstwa skarbowego,
12) powstałe w wyniku ataku komputerowego, który miał miejsce przed wejściem w życie umowy ubezpieczenia lub przed datą początkową, o ile ma ona zastosowanie.

4. Zakres ochrony nie obejmuje kosztów okupu, grzywien sądowych, kar umownych, kar administracyjnych i innych kar pieniężnych oraz jakichkolwiek kosztów związanych z dochodzeniem tych świadczeń, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

Suma gwarancyjna

§ 32

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za powstałe szkody oraz poniesione koszty i wydatki ograniczona jest wysokością sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. O ile umowa nie stanowi inaczej, sumę gwarancyjną ustala się dla jednego i dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia.
3. W stosunku do określonych ryzyk lub rodzajów szkód (klauzul) można w umowie określić indywidualne limity w ramach ogólnej sumy gwarancyjnej (sublimity).
4. Po wypłacie odszkodowania suma gwarancyjna zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania.
5. Wypłaty dotyczące szkód z zakresów ograniczonych sublimitami powodują redukcję sublimitów i ogólnej sumy gwarancyjnej.

Ustalenie wysokości odszkodowania

§ 33

1. W razie zgłoszenia roszczenia o naprawienie szkody Ubezpieczony ma obowiązek zaniechania działań zmierzających do zaspokojenia poszkodowanego, uznania jego roszczeń bądź zawarcia z nim ugody, do czasu uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczyciela.
2. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczonego roszczenia osoby poszkodowanej bez wymaganej pisemnej zgody nie jest wiążące dla Ubezpieczyciela.

3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

§ 34

1. Ubezpieczyciel odpowiada w granicach odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego do wysokości sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia dla jednego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia oraz dodatkowych postanowień i klauzul indywidualnych.
2. Łączna kwota wypłaconych odszkodowań nie może przekroczyć sumy gwarancyjnej ustalonej w umowie ubezpieczenia dla wszystkich wypadków w okresie ubezpieczenia.
3. Odszkodowanie pomniejszone jest o franszyzę redukcyjną, jeżeli została ona wprowadzona do umowy.

§ 35

1. Ubezpieczyciel ma prawo dokonania oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podjęcia decyzji o uznaniu roszczenia i wypłacie odszkodowania lub prowadzeniu obrony Ubezpieczonego przed nieuzasadnionym roszczeniem poszkodowanego.
2. W każdym czasie Ubezpieczyciel ma prawo wypłacić odszkodowanie w wysokości sumy gwarancyjnej, którą mogą być zaspokojone roszczenia poszkodowanego, zwalniając się z obowiązku dalszego prowadzenia obrony oraz ponoszenia innych kosztów.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wyboru sposobu naprawienia szkody i jest uprawniony do zaspokojenia roszczenia poszkodowanego we własnym zakresie.
4. Ubezpieczony jest obowiązany do dostarczenia wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów oraz udzielenia mu wszelkiej możliwej pomocy w zaspokojeniu roszczeń poszkodowanego.

§ 36

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej należne odszkodowanie ustalone według zasad odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. W granicach sumy gwarancyjnej Ubezpieczyciel pokrywa także:
   1) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych w uzgodnieniu i za pisemnym potwierdzeniem Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
   2) niezbędne koszty obrony sądowej w sporze prowadzonym na polecenie Ubezpieczyciela lub za jego zgodą; jeżeli w wyniku wypadku, powodującego odpowiedzialność Ubezpieczonego objętą ochroną ubezpieczeniową, zostanie przeciwko sprawcy szkody wdrożone postępowanie karne; Ubezpieczyciel pokrywa koszty obrony, jeżeli zażądał powołania obrońcy lub wyraził pisemną zgodę na pokrycie tych kosztów,
   3) niezbędne koszty działań podjętych przez Ubezpieczonego po wystąpieniu wypadku w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były właściwe, chociażby okazały się bezskuteczne.

Ubezpieczenie utraty zysku (Sekcja IV)

Przedmiot ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 37

1. Ubezpieczenie obejmuje utratę zysku brutto oraz zwiększone koszty działalności poniesione przez Ubezpieczonego w okresie odszkodowawczym wskutek ataku komputerowego, objętego zakresem ubezpieczenia w sekcji I Ogólnych Warunków, do wysokości sumy ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności określonego w umowie, zgodnie z § 40. Maksymalny okres odszkodowawczy wynosi 3 miesiące, chyba że umówiono się inaczej.
2. Ochrona nie obejmuje utraty zysku brutto bezpośrednio lub pośrednio powstałej lub zwiększonej wskutek:
   1) nieuzasadnionych opóźnień Ubezpieczonego w podjęciu działalności gospodarczej,
   2) decyzji organów administracji rządowej lub samorządowej, która uniemożliwia lub opóźnia odtworzenie zniszczonych danych elektronicznych i podjęcie działalności gospodarczej,
   3) braku kapitału niezbędnego do odtworzenia zniszczonych danych elektronicznych lub ich odblokowania,
   4) braku dostępności danych elektronicznych, niebędących w obrocie handlowym,
   5) planowanych przerw w działalności, planowanych przestojów lub stanów bezczynności,
   6) szkód następczych, które są wynikiem utraty lub uszkodzenia wskutek ataku komputerowego, ale nie są objęte zakresem ubezpieczenia,
3. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
   1) wydatki na surowce, materiały pomocnicze, produkcyjne lub otrzymane w celu sprzedaży oraz wydatki na energię elektryczną, chyba że są to wydatki niezbędne do kontynuowania działalności gospodarczej,
   2) podatek VAT, podatek akcyzowy, opłaty celne i opłaty skarbowe,
   3) przewoźne, fracht i inne opłaty transportowe,
   4) składka ubezpieczeniowa zależna od obrotu,
   5) honoraria autorskie i wynagrodzenia za patenty, zależne od obrotu,
   6) koszty, straty i zyski, które pochodzą z operacji giełdowych i innych inwestycji kapitałowych,
   7) wszelkiego rodzaju należności, w tym kary pieniężne, grzywny lub odszkodowania, do których wypłaty Ubezpieczony będzie obowiązany w przypadku niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązań wskutek zaistniałej szkody w sekcji I ubezpieczenia,
   8) szkody w mieniu niebędącym danymi elektronicznymi oraz szkody na osobie, w tym niesprzedane towary i usługi.
4. O ile nie umówiono się inaczej, okres odszkodowawczy nie obejmuje 48 godzin od wykrycia ataku komputerowego i za ten okres Ubezpieczyciel nie odpowiada, co stanowi udział Ubezpieczonego w odszkodowaniu z tytułu każdego ataku komputerowego.

Suma ubezpieczenia

§ 38

1. Sumę ubezpieczenia stanowi zysk brutto wyliczony dla maksymalnego okresu odszkodowawczego przyjętego w umowie ubezpieczenia.
2. Na podstawie oceny ryzyka Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość wprowadzenia limitu odpowiedzialności.
3. Suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 39

Jeżeli w okresie objętym umową ubezpieczenia nastąpi wzrost zysku brutto w stosunku do wielkości przewidywanego w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczony może zgłosić ten fakt Ubezpieczycielowi i za jego zgodą dokonać podwyższenia sumy ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności opłacając dodatkową składkę.

Ustalenie rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania

§ 40

1. Rozmiar utraty zysku brutto i wysokość odszkodowania ustala się jako iloczyn dni okresu odszkodowawczego oraz średniej dziennej wartości zysku brutto, utraconego w wyniku przerwy w działalności wyliczonej na podstawie danych bilansowych z analogicznego okresu roku obrotowego poprzedzającego bezpośrednio szkodę, jednak nie więcej niż określona w umowie suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności.
2. Rozmiar utraty zysku brutto stanowi:
   1) w odniesieniu do spadku wartości obrotu – kwota uzyskana z pomnożenia wskaźnika zysku brutto przez wielkość, o jaką obrót uzyskany w okresie odszkodowawczym zmniejszył się wskutek szkody w sekcji I w stosunku do obrotu standardowego,
   2) w odniesieniu do wzrostu kosztów działalności – kwota dodatkowych, niezbędnych i uzasadnionych wydatków poniesionych w celu uniknięcia lub ograniczenia spadku obrotu w okresie odszkodowawczym; kwota ta nie może przekroczyć kwoty obliczonej poprzez pomnożenie wskaźnika zysku brutto przez zachowaną wskutek poniesienia tych wydatków wartość obrotu, pomniejszoną o wszelkie związane z prowadzoną działalnością gospodarczą, zaoszczędzone w okresie odszkodowawczym wydatki obciążające zysk brutto, których wskutek szkody w mieniu Ubezpieczający nie musiał ponosić lub mógł ograniczyć.
3. Odszkodowanie ustalone zgodnie z ust. 1 zostanie pomniejszone o franszyzę redukcyjną określoną w umowie.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w dniu zaprzestania działalności gospodarczej, prowadzonej przez Ubezpieczającego z innej przyczyny niż atak komputerowy objęty ochroną ubezpieczeniową.

§ 41

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej Ubezpieczycieli na sumy lub limity, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między Ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności pozostaje do łącznych sum lub limitów wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, uzgodniono że suma wypłacona przez Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego Ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między Ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności równa jest wartości ubezpieczonego dochodu.

Postanowienia końcowe

§ 42

1. Zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem odbioru lub przesłane listem poleconym. 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 telegramu.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres siedziby ma obowiązek zawiadomić o tym Ubezpieczyciela.

§ 43

1. Klient, Ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba, która dochodzi 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 mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz agenta wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego Ubezpieczyciela.
   1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
      a) poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
      b) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555;
      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, która zgłasza reklamację.
   4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację osoba składająca reklamację zostanie poinformowana w 30-dniowym terminie.
   5) W niestandardowych sprawach osoby wymienione w ust. 1 mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
   6) Osoba fizyczna składająca reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.

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

    1) 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 agenta. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekaże reklamację niezwłocznie agentowi, informując o tym jednocześnie osobę występującą z reklamacją.

§ 44

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla:

    1) miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia,

    2) miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać wynikające z niej spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

§ 45

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 24 września 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu ds. Ubezpieczeń

Adam Roman

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych

Opcjonalne Klauzule Dodatkowe

Klauzula nr 1001

Klauzula przechowywania danych elektronicznych w chmurach obliczeniowych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o dane elektroniczne przechowywane w chmurze obliczeniowej.

Ochrona nie obejmuje danych elektronicznych, dla których nie jest tworzona kopia zapasowa.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za szkody, o których mowa w niniejszej klauzuli, jest ograniczona do wysokości limitu ustalonego w umowie.

Zakres terytorialny na dane elektroniczne przechowywane w chmurze obliczeniowej zostaje rozszerzony na cały świat.

Klauzula nr 1002

Klauzula zakresu terytorialnego dla danych elektronicznych

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia strony postanowiły rozszerzyć zakres terytorialny o dane elektroniczne znajdujące się na terenie całego świata.

Klauzula nr 2001

Klauzula kosztów okupu

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia w ramach sekcji II strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o koszty okupu.

Przez okup rozumie się żądanie określonej kwoty od Ubezpieczonego w następstwie ataku komputerowego.

Zapłacenie okupu wymaga uzyskania wcześniejszej zgody Ubezpieczyciela.

Ubezpieczony nie może ujawniać istnienia niniejszej klauzuli osobom trzecim ani nieupoważnionym pracownikom. Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić odpowiednie organy ścigania o żądaniu okupu, w przeciwnym razie Ubezpieczyciel nie zwróci niniejszych kosztów.

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela na koszty objęte zakresem niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia oraz wysokość udziału własnego zostały określone w umowie ubezpieczenia.

Klauzula nr 2002

Klauzula kar i grzywien

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia w ramach sekcji II strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o kary i grzywny nałożone na Ubezpieczonego przez organy regulacyjne i administracyjne bezpośrednio w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku, gdy lokalne prawo nie pozwala na pokrycie kar i grzywien przez Ubezpieczyciela, niniejsza klauzula nie ma zastosowania.

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela na pokrycie kar i grzywien objętych zakresem niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia oraz wysokość udziału własnego zostały określone w umowie ubezpieczenia.

Klauzula nr 2003

Klauzula szkód w mieniu

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia w ramach sekcji II, strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o szkody w sprzęcie elektronicznym. Przez szkodę w mieniu rozumie się uszkodzenie lub zniszczenie sprzętu, które spowodowane jest atakiem komputerowym.

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody w mieniu objęte zakresem niniejszej klauzuli na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia oraz wysokość udziału własnego zostały określone w umowie ubezpieczenia.

Klauzula nr 3001

Klauzula odpowiedzialności cywilnej za działalność multimedialną

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobom trzecim w następstwie działalności multimedialnej.

W ramach naprawienia szkody wyrządzonej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie poniżej wymienione wszelkie straty oraz należne zadośćuczynienia poniesione przez osoby trzecie, o ile w wyniku działalności multimedialnej doszło do:

a) zniesławienia,

b) naruszenia praw autorskich, tytułów prawnych, haseł, znaków towarowych, nazw handlowych, szaty graficznej, znaków usługowych, nazw usług lub nazw domen,

c) naruszenia praw do prywatności.

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody objęte zakresem niniejszej klauzuli na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia oraz wysokość udziału własnego zostały określone w umowie ubezpieczenia.

Klauzula nr 3002

Klauzula odpowiedzialności cywilnej za postępowania i kary administracyjne osób trzecich

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w ogólnych warunkach ubezpieczenia częściowo odmiennie niż stanowi § 31 ust. 4, zakres ochrony rozszerza się o roszczenia regresowe zgłoszone Ubezpieczonemu z tytułu kar administracyjnych, kosztów zawiadomień osób poszkodowanych oraz kosztów postępowania przed organem regulacyjnym lub administracyjnym, do zapłacenia których zobowiązane były osoby trzecie w następstwie wystąpienia objętego ubezpieczeniem ataku komputerowego, za który odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

W przypadku, gdy lokalne prawo nie pozwala na pokrycie kar i grzywien przez Ubezpieczyciela, niniejsza klauzula nie ma zastosowania.

Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za szkody objęte zakresem niniejszej klauzuli na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia oraz wysokość udziału własnego zostały określone w umowie ubezpieczenia.

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, w celu jej wykonania, reasekuracji i koasekuracji ryzyk, rozpatrywania zgłoszonych reklamacji, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych, prawnie uzasadnionych interesów administratora danych osobowych oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej stosowane jest profilowanie:
   1) decyzje związane z profilowaniem będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych, również na podstawie informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   2) w przypadku zawarcia umowy na odległość, decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka) na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia oraz informacji uzyskanych za pośrednictwem Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego;
   3) w przypadku odnowienia umowy ubezpieczenia decyzje będą podejmowane automatycznie na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania poprzedniej umowy ubezpieczenia. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;
   4) pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody, przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów.

   W przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych osobowych profilowanie będzie stosowane w celu opracowania profilu marketingowego i dopasowania indywidualnej oferty.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych:
   1) w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji i koasekuracji ryzyk jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;
   2) w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora oraz dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jest prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych;
   3) w celu rozpatrywania zgłoszonych reklamacji oraz w celu przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym są ciążące na administratorze danych osobowych obowiązki wynikające z przepisów prawa;
   4) w przypadku udzielenia odrębnej zgody, na cele inne niż wskazane powyżej, będzie ona podstawą prawną przetwarzania.
6. Dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, zakładom reasekuracji, innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby koasekuracji oraz innym administratorom danych osobowych, jeśli mają prawnie uzasadniony interes. Za inne podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii uważa się przede wszystkim: dostawców usług informatycznych, podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, podmioty świadczące usługi archiwizacyjne, podmioty świadczące usługi w ramach pomocy Assistance, podmioty przeprowadzające postępowanie likwidacyjne, bądź biorące w nim udział, oraz pośredników ubezpieczeniowych. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.
7. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenie tych danych. Osoba, której dane dotyczą, może żądać wydania kopii przekazanych danych oraz wskazania miejsca ich udostępnienia. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka, celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
9. W celu skorzystania z praw określonych w punkcie 8 należy skontaktować się z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu tej umowy lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku udzielenia odrębnej zgody, dane osobowe będą wykorzystywane do celów marketingu produktów i usług własnych administratora danych osobowych, do momentu wycofania zgody na przetwarzanie danych w tym celu.
11. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku udzielenia odrębnej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych podanie ich jest dobrowolne.

Aneks nr 1
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych z dnia 24 września 2018 r., zatwierdzonych przez Zarząd Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA Uchwałą Nr 72/2018 z dnia 21 września 2018 roku.

§ 1

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych z dnia 24 września 2018 r (dalej „Ogólne Warunki Ubezpieczenia"):

a) w § 44 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodaje się ust. 4 o brzmieniu:

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

b) Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia otrzymuje brzmienie:

Oświadczenie Administratora Danych Osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (dalej: ERGO Hestia). Osoba fizyczna, której dane dotyczą, może skontaktować się z administratorem danych osobowych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub (58) 555 55 55.
2. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. Osoba, której dane dotyczą, może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
   1) pisemnie, na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
   2) za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl;
   3) poprzez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe w następujących celach:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową – w tych celach oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie danych zebranych w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zawarcia umowy na odległość decyzje te będą podejmowane automatycznie – bez udziału człowieka). Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu, im więcej szkód miało miejsce w historii ubezpieczenia, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres decyzje będą podejmowane automatycznie (bez udziału człowieka), na podstawie danych zebranych podczas zawarcia i wykonania pierwotnej umowy ubezpieczenia. Pod warunkiem udzielenia odrębnej zgody,

przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego mogą zostać również uwzględnione dane uzyskane za pośrednictwem Biura Informacji Kredytowej oraz Krajowego Rejestru Długów;

2) wykonania umowy ubezpieczenia m.in. wykonania czynności ubezpieczeniowych związanych z likwidacją roszczeń. W przypadku zgłoszenia roszczenia, w celu ustalenia ścieżki likwidacyjnej stosowane jest profilowanie. Decyzje o wyborze ścieżki likwidacyjnej będą podejmowane na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia szkody oraz danych szkodowych zawartych w bazach administratora danych osobowych. Dla przykładu, jeżeli w ostatnim roku nie zgłoszono szkody z danej polisy, istnieje prawdopodobieństwo, że szkoda zostanie zlikwidowana w sposób uproszczony, a zatem bez konieczności przeprowadzenia oględzin pojazdu lub mienia przez przedstawiciela ERGO Hestii;

3) reasekuracji ryzyk;

4) dochodzenia roszczeń;

5) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb;

6) przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym – w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu działalności ERGO Hestii dla celów przestępczych;

7) rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;

8) wypełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;

9) analitycznych i statystycznych.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyk;

2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;

3) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej);

4) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej MunichRe (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;

5) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane: zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości, innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych a także podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym.

6. ERGO Hestia przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych. W sprawie informacji o sposobach

uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych osobowych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

7. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez ERGO Hestię, mają w związku z przetwarzaniem następujące prawa:
   1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;
   2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;
   3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;
   4) prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora;
   5) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;
   6) prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem;
   7) w przypadku podejmowania decyzji w sposób automatyczny, prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji.
8. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 7 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.
9. W przypadku, gdy doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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 dotyczących umowy ubezpieczenia. Jeśli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe będą przechowywane do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. Podanie danych osobowych jest konieczne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, do zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

§ 2

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

§ 3

Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 1 października 2019 roku.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu ds. Ubezpieczeń

Adam Roman

Klauzula Cyber M

ZAKRES OCHRONY UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia jest zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia od Ryzyk Cybernetycznych o symbolu MP/OW172/1809 z zastosowaniem poniższych odstępstw:

1. Ubezpieczenie danych elektronicznych (sekcja I) obejmuje wyłącznie wymienione poniżej koszty:
   a) przywrócenia danych elektronicznych,
   b) odtworzenia danych elektronicznych. **Sublimit 50% limitu odpowiedzialności,**
   c) przywrócenia dostępu do danych elektronicznych.
2. Ubezpieczenie kosztów dodatkowych (sekcja II) obejmuje poniesione przez Ubezpieczonego wskutek szkody objętej ochroną w ramach ubezpieczenia danych elektronicznych (sekcja I), wyłącznie wymienione poniżej koszty:
   a) porady prawnej,
   b) notyfikacji osób poszkodowanych,
   c) informatyki śledczej. **Sublimit 10% limitu odpowiedzialności.**
3. W ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (sekcja III) Ubezpieczyciel pokrywa wyłącznie wszelkie straty oraz należne zadośćuczynienia poniesione przez osoby trzecie, o ile bezpośrednio w wyniku ataku komputerowego doszło do ujawnienia ich danych osobowych uzyskanych zgodnie z prawem i przechowywanych przez Ubezpieczonego jako administratora danych.
4. W niniejszej umowie nie stosuje się zapisów §37 - §41 OWU.

KLAUZULE DODATKOWE

5. Zakres umowy ubezpieczenia obejmuje klauzule dodatkowe:
   a) **klauzula 1002** (Zakresu terytorialnego dla danych elektronicznych) – treść zgodnie z OWU,
   b) **klauzula 1003** (e-kradzieży) – w treści jak niżej:
      Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień umowy ubezpieczenia określonych we wniosku i w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, częściowo odmiennie niż stanowi par. 21 ust. 3 pkt 21, zakres ochrony rozszerza się o utratę wartości pieniężnych błędnie wypłaconych przez Ubezpieczonego, na skutek działania złośliwego oprogramowania w przetwarzanych przez i należących do niego danych elektronicznych.
      Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody związane z utratą kryptowalut.
      Ubezpieczony nie może ujawniać istnienia niniejszej klauzuli osobom trzecim ani nieupoważnionym pracownikom. Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić odpowiednie organy ścigania o utracie wartości pieniężnych, w przeciwnym razie Ubezpieczyciel nie zwróci niniejszych kosztów.
      Sublimit 25.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia.
   c) **klauzula 2002** (Kar i grzywien) – treść zgodnie z OWU. **Sublimit 10% limitu odpowiedzialności,**
   d) **klauzula 2004** (naruszenia norm bezpieczeństwa PCI DSS) – w treści jak niżej:
      w ubezpieczeniu kosztów dodatkowych (sekcja II OWU) ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty kar nałożonych na Ubezpieczonego przez dostawcę usługi e-płatności wskutek naruszenia norm bezpieczeństwa wydanych przez Payment Card Industry Security Standards Council (PCI – DSS) bezpośrednio w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
      Zakres ochrony obejmuje również uzasadnione i niezbędne koszty:
      i. eksperta badającego naruszenie bezpieczeństwa PCI – DSS,
      ii. ponownego wydania kart kredytowych, debetowych lub prefinansowanych na skutek naruszenia przez Ubezpieczonego norm PCI – DSS,
      iii. ponownego certyfikowania Ubezpieczonego na zgodność z normą PCI – DSS.
      Sublimit 10% limitu odpowiedzialności,
   e) **klauzula 3001** (Odpowiedzialności cywilnej za działalność multimedialną) – treść zgodnie z OWU. **Sublimit 10% limitu odpowiedzialności.**

LIMIT ODPOWIEDZIALNOŚCI I FRANSZYZA REDUKCYJNA

6. Dla zakresu ochrony wskazanej w Sekcjach: I, II, III OWU z zastrzeżeniem zapisów niniejszej klauzuli oraz klauzul dodatkowych, ustala się wspólny limit odpowiedzialności na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia określony w umowie (zastosowanie ma konsumpcja sumy ubezpieczenia). W ramach ustalonego łącznego limitu odpowiedzialności wskazano sublimity odpowiedzialności zawarte w niniejszej klauzuli.
7. Dla niniejszej umowy ubezpieczenia ustala się franszyzę redukcyjną w wysokości 400 PLN.

ZGŁOSZENIE SZKODY

8. W razie wystąpienia ataku komputerowego należy skontaktować się z Centrum Alarmowym dedykowanym dla zdarzeń cybernetycznych pod numerem telefonu: 22 205 51 37

POSTANOWIENIA DODATKOWE

9. Ubezpieczenie od ryzyk cybernetycznych zawiera się na okres 12 miesięcy.
10. Ubezpieczony ma prawo do bezskładkowego odstąpienia od ubezpieczenia w okresie do 30 dni od daty wystawienia / zawarcia certyfikatu. Rozwiązanie ubezpieczenia następuje z dniem wystawienia / zawarcia certyfikatu.

11. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia przez Ubezpieczonego w terminie przekraczającym 30 dni od dnia wystawienia / zawarcia certyfikatu, Ubezpieczyciel przeliczy składkę do zapłaty za okres w jakim udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MIENIA
OD WSZYSTKICH RYZYK DLA KLIENTA KORPORACYJNEGO

ustalone uchwałą Nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA
z dnia 26 lipca 2007 roku ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 roku
oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/135/2012 z dnia 13 kwietnia 2012 roku
oraz uchwałą nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018
Zarządu PZU SA z dnia 6 lipca 2018 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ogólne warunki: § 1 ust. 1–2, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 3–5, § 11 ust. 1–4, ust. 6–7, § 13 ust. 1–6, ust. 8–9, § 14, § 15, § 16 ust. 1–6, § 17 ust. 5–6, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 ust. 15; ZAŁĄCZNIK NR 1 – DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MIENIA OD WSZYSTKICH RYZYK § 1, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Ogólne warunki: § 1 ust. 1–2, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 3–5, § 11 ust. 1–4, ust. 6–7, § 12, § 13 ust. 1–9, § 14, § 15, § 16, § 17 ust. 5–6, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 ust. 15; ZAŁĄCZNIK NR 1 – DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MIENIA OD WSZYSTKICH RYZYK § 1, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk dla klienta korporacyjnego (zwane dalej ogólnymi warunkami) mają zastosowanie do zawieranych z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną (zwanym dalej PZU SA) umów ubezpieczenia od wszystkich ryzyk mienia na łączną sumę ubezpieczenia powyżej 10 000 000 złotych, będącego w posiadaniu osób prawnych, jednostek organizacyjnych niebędących osobami prawnymi lub osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą zostać wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w ogólnych warunkach. Postanowienia te powinny być sporządzone na piśmie.
3. PZU SA zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu ogólnych warunków użyte niżej określenia oznaczają:

1) **budowle** – trwale związane z gruntem obiekty budowlane inne niż budynki wraz z instalacjami i urządzeniami stanowiące całość techniczną i użytkową; za budowle uważa się również tymczasowe obiekty budowlane nie połączone trwale z gruntem (na przykład kioski, pawilony sprzedaży ulicznej i wystawowe, obiekty kontenerowe);
2) **budynki** – obiekty budowlane trwale związane z gruntem, wydzielone z przestrzeni za pomocą przegród budowlanych, posiadające fundamenty i dach, wraz z wbudowanymi instalacjami lub urządzeniami technicznymi oraz zainstalowanymi na stałe elementami wykończeniowymi, stanowiącymi całość techniczną i użytkową;
3) **franszyza redukcyjna** – ustalona w umowie ubezpieczenia wartość kwotowa lub procentowa, o jaką będzie pomniejszana wysokość każdego odszkodowania zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków;
4) **kradzież z włamaniem** – zabór mienia w celu przywłaszczenia dokonany z zamkniętego lokalu:
   a) po usunięciu przy użyciu siły lub narzędzi istniejących zabezpieczeń lub otworzeniu zabezpieczenia kluczem oryginalnym, zdobytym przez kradzież z włamaniem z innego lokalu albo w wyniku rabunku,
   b) w którym sprawca ukrył się przed jego zamknięciem, jeżeli pozostawił ślady, które świadczą o jego ukryciu się;
5) **maszyny, urządzenia, wyposażenie** – rzeczy ruchome wykorzystywane przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w prowadzeniu działalności, z wyłączeniem niskocennych składników majątku, środków obrotowych, wartości pieniężnych, mienia najmowanego, mienia osobistego pracowników i mienia osób trzecich;
6) **mienie najmowane** – mienie przyjęte do używania w ramach umowy najmu, dzierżawy, leasingu, użyczenia lub innego rodzaju umowy o podobnym charakterze;
7) **mienie osobiste pracowników** – mienie ruchome pracowników Ubezpieczonego znajdujące się w miejscu ubezpieczenia, z wyłączeniem wartości pieniężnych, pojazdów mechanicznych oraz dokumentów;
8) **mienie osób trzecich** – mienie przyjęte na podstawie umowy w celu wykonania usługi obróbki, naprawy, remontu, przeróbki, czyszczenia, sprzedaży, składu, przechowania lub w innym podobnym celu zgodnym z zaleceniem właściciela;
9) **nakłady adaptacyjne** – wartość adaptacyjnych robót budowlanych (w tym remontów) i wykończenia wnętrz ustalona na podstawie poniesionych kosztów na dostosowanie pomieszczeń lub budynków niestanowiących własności Ubezpieczonego do rodzaju prowadzonej działalności lub podniesienia standardu tych pomieszczeń lub budynków;
10) **niskocenne składniki majątku** – mienie, które zgodnie z obowiązującymi przepisami o rachunkowości zostało jednorazowo wliczone do kosztów operacyjnych i nie jest ujmowane w ewidencji środków trwałych;
11) **rabunek** – zabór mienia w celu przywłaszczenia dokonany:
   a) przy użyciu przemocy fizycznej, groźby jej natychmiastowego użycia bądź w wyniku działania w inny sposób bezpośrednio zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osób u nich zatrudnionych albo działających w ich imieniu lub na ich rzecz;
   b) z doprowadzeniem do nieprzytomności lub bezbronności Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osób u niego zatrudnionych albo działających w ich imieniu lub na ich rzecz dla pokonania ich oporu przed wydaniem ubezpieczonego mienia;

   za rabunek uważa się również przypadek kiedy sprawca postępuje w opisany w lit. a lub b sposób bezpośrednio po dokonaniu kradzieży, w celu utrzymania się w posiadaniu zabranej rzeczy;
12) **szkoda** – uszczerbek majątkowy polegający na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu ubezpieczonego mienia, z wyłączeniem następstw szkody, utraconych korzyści, zwiększonych kosztów działalności, utraty wartości rynkowej, kar umownych, sądowych i administracyjnych, grzywien oraz innych kar i środków karnych o charakterze odszkodowawczym przewidzianych przez stosowne przepisy prawa, kosztów procesu, kosztów administracyjnych;
13) **środki obrotowe** – mienie zaliczane do rzeczowych aktywów obrotowych w myśl obowiązujących przepisów: materiały nabyte w celu zużycia na własne potrzeby, wytworzone lub przetworzone przez Ubezpieczonego produkty gotowe zdatne do sprzedaży lub w toku produkcji, półprodukty, surowce, towary nabyte w celu odsprzedaży w stanie nieprzetworzonym, części zamienne i zapasowe, jeśli nie są w myśl obowiązujących przepisów zaliczane do środków trwałych;
14) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia;
15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
16) **wartości pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne (gotówka), czeki, weksle i inne dokumenty zastępujące w obrocie gotówkę oraz złoto, srebro, a także platyna i inne metale z grupy platynowców oraz wyroby z wszystkich wymienionych wcześniej metali, kamienie szlachetne i perły;
17) **wartość księgowa brutto** – księgowa wartość początkowa z uwzględnieniem przeszacowań wynikających z przepisów prawa;
18) **wartość odtworzeniowa** – wartość odpowiadająca kosztom przywrócenia mienia do stanu nowego lecz nie ulepszonego, to jest:

a) w przypadku budynków, budowli lub nakładów adaptacyjnych – wartość odpowiadająca kosztom odbudowy mienia w tym samym miejscu, z uwzględnieniem dotychczasowej technologii, konstrukcji, wymiarów i standardu wykończenia, przy zastosowaniu takich samych lub najbardziej zbliżonych materiałów,
b) w przypadku maszyn, urządzeń i wyposażenia – wartość odpowiadająca kosztom zakupu lub wytworzenia nowego przedmiotu tego samego rodzaju, typu oraz o tych samych lub najbardziej zbliżonych parametrach;

wartość odtworzeniowa powinna uwzględniać koszty opracowania wymaganej dokumentacji, koszty transportu (z wyłączeniem transportu ekspresowego), montażu i nadzoru oraz koszty, których poniesienie jest konieczne w celu odtworzenia mienia (w tym koszty związane z koniecznością realizacji obowiązujących na dzień zawierania umowy ubezpieczenia przepisów prawa dotyczącego konstrukcji i eksploatacji budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia);

19) **wartość rzeczywista** – wartość odtworzeniowa pomniejszona o faktyczne zużycie techniczne;
20) **zdarzenie losowe** – niezależne od woli Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne o charakterze nagłym, powodujące szkodę w ubezpieczonym mieniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, na podstawie ogólnych warunków ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte:
1) następujące kategorie mienia:
a) stanowiące własność Ubezpieczonego bądź będące w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na podstawie tytułu prawnego: budynki i budowle, maszyny, urządzenia i wyposażenie, środki obrotowe, niskocenne składniki majątku, wartości pieniężne;
b) niestanowiące własności Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego: mienie osób trzecich, mienie najmowane, mienie osobiste pracowników;
2) nakłady adaptacyjne.

2. Przedmiot ubezpieczenia może stanowić także inne mienie, nie wymienione w ust. 1, jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi.

3. Przedmiotem ubezpieczenia może być wyłącznie mienie spełniające wymogi dotyczące środków bezpieczeństwa przeciwkradzieżowego, określone w Załączniku nr 1 do ogólnych warunków.

4. Przedmiot ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.

5. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęte następujące mienie:
1) uprawy roślinne, drzewa, krzewy, zwierzęta;
2) grunty, gleby, naturalne wody powierzchniowe lub podziemne, zbiorniki wodne;
3) pojazdy mechaniczne dopuszczone do ruchu (wraz z naczepami lub przyczepami), w tym pojazdy szynowe, tabor kolejowy, statki powietrzne lub wodne; wyłączenie to nie dotyczy sytuacji, kiedy wymienione mienie:
a) stanowi środki obrotowe lub mienie osób trzecich,
b) w odniesieniu do pojazdów mechanicznych i taboru kolejowego, jest używane wyłącznie w określonym w umowie ubezpieczenia miejscu ubezpieczenia;
4) sieci energetyczne (rozumiane jako część systemu elektroenergetycznego obejmującego linie przesyłowe energii elektrycznej – napowietrzne i kablowe – wraz ze stacjami transformatorowo-rozdzielczymi) znajdujące się w odległości większej niż 100 m poza miejscem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia;
5) znajdujące się poza morską linią brzegową;
6) znajdujące się pod ziemią i związane z produkcją wydobywczą (kopalnictwem węgla kamiennego, brunatnego, soli, ropy naftowej i gazu ziemnego, rud żelaza, metali nieżelaznych lub torfu);
7) będące w trakcie rozbiórki, demontażu, budowy, montażu, instalacji, rozruchu próbnego, testów poprzedzających uruchomienie;
8) o charakterze zabytkowym, artystycznym lub unikatowym lub przedmioty o wartości kolekcjonerskiej, a także dzieła sztuki;
9) programy komputerowe, chyba że stanowią środki obrotowe;
10) z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 3 pkt 2, akta, dokumenty, plany, zdjęcia, dane zawarte na nośnikach, wzory, modele, prototypy, eksponaty;
11) namioty (w tym namioty foliowe), szklarnie, inspekty oraz mienie w nich zlokalizowane;
12) środki obrotowe z przekroczonym terminem ważności, wycofane z obrotu lub też z innych przyczyn nieposiadające wartości handlowej;
13) budynki i budowle przeznaczone do rozbiórki wraz z mieniem w nich się znajdującym oraz maszyny, urządzenia lub wyposażenie przeznaczone na złom.

MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Mienie objęte jest ochroną ubezpieczeniową w miejscu określonym w umowie ubezpieczenia, a mienie osobiste pracowników ponadto w każdym miejscu pracy zawodowej pracownika, wykonywanej na polecenie Ubezpieczonego, z wyłączeniem sytuacji kiedy mienie to znajduje się w miejscu zamieszkania pracownika.

2. W razie zajścia zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową PZU SA, powodującego bezpośrednie zagrożenie mienia objętego tą ochroną i podjęcia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego decyzji o usunięciu tego mienia z miejsca ubezpieczenia w celu niedopuszczenia do powstania szkody lub zwiększenia się jej rozmiarów, pozostaje ono objęte ochroną ubezpieczeniową w nowym miejscu innym niż wskazane w umowie ubezpieczenia, do którego zostało przeniesione, przez okres nie dłuższy niż 30 dni od daty przeniesienia. Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego, pisemnego zgłoszenia do PZU SA faktu przeniesienia mienia wraz z podaniem adresu miejsca, do którego mienie zostało przeniesione.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 7 ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody w ubezpieczonym mieniu, powstałe w okresie i miejscu ubezpieczenia w wyniku zaistnienia zdarzeń losowych.

2. W granicach odpowiedzialności, określonej w ust. 1, ochroną ubezpieczeniową objęte są także szkody w ubezpieczonym mieniu powstałe wskutek:
1) akcji ratowniczej prowadzonej w związku ze zdarzeniami losowymi objętymi umową ubezpieczenia;
2) zanieczyszczenia lub skażenia ubezpieczonego mienia w wyniku zdarzeń losowych objętych umową ubezpieczenia.

3. Z zastrzeżeniem postanowień § 7 ochroną ubezpieczeniową mogą dodatkowo zostać objęte, za opłatą dodatkowej składki, wartości pieniężne podczas wykonywania ich

transportu (przenoszenia lub przewożenia) na terenie Rzeczpospolitej Polskiej. W takim przypadku, PZU SA odpowiada za szkody powstałe:
1) w wyniku rabunku mającego miejsce podczas transportu;
2) w związku ze zdarzeniami, które uniemożliwiły osobie wykonującej transport ochronę powierzonych wartości pieniężnych wskutek:
   a) nagłej śmierci lub nagłej ciężkiej choroby tej osoby,
   b) ciężkiego uszkodzenia ciała tej osoby wywołanego nieszczęśliwym wypadkiem; za nieszczęśliwy wypadek uważa się każde zdarzenie działające z zewnątrz nagle na ciało ludzkie w taki sposób, że w jego następstwie osoba, która uległa wypadkowi niezależnie od swojej woli doznała uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
   c) zniszczenia lub uszkodzenia środka lokomocji użytego do transportu wskutek wypadku lub kolizji drogowej, pożaru, uderzenia pioruna lub wybuchu.

4. Za szkody w wartościach pieniężnych powstałe w wyniku kradzieży z włamaniem albo rabunku w lokalu bądź powstałe podczas transportu odpowiedzialność PZU SA ograniczona jest, w ramach sumy ubezpieczenia, do limitów wskazanych w wymaganiach techniczno-organizacyjnych w zakresie zasad przechowywania i transportowania wartości pieniężnych określonych w Załączniku nr 1 do ogólnych warunków.

5. W przypadku niedoubezpieczenia mienia PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem postanowień § 16.

UBEZPIECZONE KOSZTY

§ 6

1. W razie zajścia zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, PZU SA pokrywa poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego koszty wynikłe z zastosowania celowych środków, powstałe w związku z ratowaniem przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżeniem szkodzie lub zmniejszeniem jej rozmiarów, chociażby owe środki okazały się bezskuteczne. Dobrowolne świadczenia Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na rzecz osób trzecich, które brały udział w zabezpieczaniu mienia lub akcji ratowniczej podlegają zwrotowi tylko wówczas, jeżeli PZU SA wyraził na to zgodę.

2. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1, następuje w granicach sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia dla bezpośrednio zagrożonych zniszczeniem lub objętych akcją ratowniczą poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, dla których takie sumy zostały ustalone. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, gdy koszty te zostały poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na polecenie PZU SA. Suma zwracanych kosztów łącznie z odszkodowaniem za ubezpieczone mienie nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia ustalonej dla poszczególnych kategorii mienia, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 1 zdanie trzecie.

3. Dodatkowo PZU SA pokrywa uzasadnione i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczonego wynikłe z zaistnienia zdarzenia losowego objętego umową ubezpieczenia, powstałe w związku z:
1) uprzątnięciem pozostałości po szkodzie, łącznie z kosztami wywozu części niezdatnych do użytku, składowaniem lub utylizacją; powyższe koszty objęte są ochroną ubezpieczeniową do limitu odpowiedzialności w wysokości 10% wartości szkody, jednak nie więcej niż 1 000 000 złotych w odniesieniu do wszystkich szkód powstałych w okresie ubezpieczenia; ochrona nie dotyczy kosztów związanych z usunięciem zanieczyszczeń wody lub gleby i jej rekultywacją;
2) odtworzeniem dokumentacji produkcyjnej lub zakładowej (aktów, planów, dokumentów, danych) uszkodzonej, zniszczonej lub utraconej; ochrona obejmuje wyłącznie koszty robocizny poniesione na takie odtworzenie dokumentacji z włączeniem przeprowadzenia niezbędnych badań i analiz oraz koszty odtworzenia nośników, na których dokumentacja była zawarta; powyższe koszty objęte są ochroną ubezpieczeniową do limitu odpowiedzialności w wysokości 5% wartości szkody, jednak nie więcej niż 50 000 złotych w odniesieniu do wszystkich szkód powstałych w okresie ubezpieczenia.

4. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3, następuje w granicach sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia dla poszczególnych dotkniętych szkodą przedmiotów ubezpieczenia, dla których takie sumy zostały ustalone, nie więcej niż do wysokości limitów określonych w ust. 3.

5. W przypadku niedoubezpieczenia mienia (§ 16 ust. 3), świadczenie wypłacane przez PZU SA tytułem zwrotu kosztów wymienionych w ust. 3 jest zmniejszane w takim stosunku jak odszkodowanie tj. proporcjonalnie do stopnia zaniżenia sumy ubezpieczenia mienia.

6. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 3, zostały poniesione przez Ubezpieczonego łącznie w odniesieniu do mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego a jednocześnie nie jest możliwe ich przyporządkowanie do danej części mienia, PZU SA zwraca koszty w takiej proporcji w jakiej pozostaje wartość mienia ubezpieczonego do łącznej wartości mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego. Jeżeli ustalenie proporcji nie jest możliwe, PZU SA pokryje 50% poniesionych kosztów, z zastrzeżeniem limitów odpowiedzialności określonych w ust. 3.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Ochroną ubezpieczeniową PZU SA nie są objęte szkody będące bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
1) następujących wydarzeń:
   a) działania wojenne, wojna domowa, rozruchy, wprowadzenie stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, powstanie zbrojne, rewolucja, konfiskata lub innego rodzaju przejęcie przedmiotu ubezpieczenia przez rząd lub inne władze kraju, sabotaż, strajk, lokaut, blokada, wewnętrzne zamieszki,
   b) akty terroryzmu, przez które rozumie się działania mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego dla osiągnięcia określonych skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych, socjalnych lub społecznych,
   c) działania przedsięwzięte w związku z kontrolowaniem, zapobieganiem lub zwalczaniem skutków zdarzeń wymienionych w lit. a i b,
   d) działanie energii jądrowej, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, promieni laserowych lub maserowych,
   e) skażenie lub zanieczyszczenie środowiska (gleby, powietrza, wody);
2) umyślnego działania lub zaniechania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności, przy czym za winę osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej niebędącej osobą prawną należy rozumieć winę:
   a) w przedsiębiorstwach państwowych – dyrektora lub jego zastępców,

b) w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkach akcyjnych – członków zarządu lub prokurentów,
c) w spółkach komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariuszy lub prokurentów,
d) w spółkach jawnych – wspólników lub prokurentów,
e) w spółkach partnerskich – partnerów lub członków zarządu lub prokurentów,
f) w spółkach cywilnych – wspólników,
g) w spółdzielniach, fundacjach i stowarzyszeniach – członków zarządu;

3) poddania w procesie technologicznym ubezpieczonego mienia działaniu ognia albo ciepła;
4) eksplozji wywołanej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w celach produkcyjnych, eksploatacyjnych, technologicznych, doświadczalnych lub rozbiórkowych oraz w silnikach spalinowych, gdy eksplozja związana jest z ich naturalną funkcją lub gdy eksplozja spowodowana została normalnym ciśnieniem zawartych w nich gazów;
5) działania prądu elektrycznego, chyba że w jego następstwie powstał pożar; niniejsze wyłączenie nie dotyczy szkód powstałych w wyniku przepięcia spowodowanego wyładowaniem atmosferycznym (rozumianego jako krótkotrwały wzrost napięcia przekraczający maksymalne dopuszczalne napięcie robocze lub wzbudzenie się niszczących sił elektromagnetycznych w obwodach elektrycznych odbiorników w wyniku bezpośredniego uderzenia pioruna w sieć zasilającą lub linię przesyłającą energię elektryczną) w mieniu zabezpieczonym poprzez zainstalowanie ograniczników (odgromników i ochronników przeciwprzepięciowych); niezależnie od powyższego z ochrony ubezpieczeniowej pozostają wyłączone szkody spowodowane działaniem prądu elektrycznego powstałe we wkładkach topikowych, bezpiecznikach, stycznikach, odgromnikach, ochronnikach przeciwprzepięciowych, czujnikach, żarówkach, lampach;
6) prowadzonych robót ziemnych lub powstałe w związku z prowadzonymi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub na jego zlecenie w miejscu ubezpieczenia robotami budowlanymi (rozumianymi zgodnie z prawem budowlanym), na prowadzenie których wymagane jest pozwolenie na budowę;
7) działania śniegu, lodu, gradu lub deszczu, jeżeli do powstania szkody doszło na skutek złego stanu technicznego dachu lub innych elementów budynku lub niezabezpieczenia otworów dachowych, okiennych lub drzwiowych – o ile obowiązek ich konserwacji lub zabezpieczenia należał do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na powstanie szkody; wyłączenie to nie dotyczy szkód w mieniu znajdującym się w pomieszczeniach najętych, jeżeli do obowiązków Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie należało dbanie o stan techniczny lub dokonywanie zabezpieczeń, o których mowa powyżej, i jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony do dnia powstania szkody nie wiedział o istniejących zaniedbaniach w tym zakresie lub też o nich wiedział i posiada dowody, że wzywał wynajmującego do ich usunięcia;
8) prowadzenia prób ciśnieniowych instalacji tryskaczowej;
9) zagrzybienia, zapleśnienia, pocenia się rur, oddziaływania wody gruntowej, pływów lub fal morskich, a także wskutek systematycznego zawilgacania pomieszczeń z powodu nieszczelności urządzeń wodno-kanalizacyjnych, grzewczych, technologicznych;
10) zalania od podłoża środków obrotowych lub mienia nieeksploatowanego przechowywanego w pomieszczeniach składowych usytuowanych poniżej poziomu gruntu, jeżeli mienie to składowane było niżej niż 10 cm nad podłogą;
11) korozji, kawitacji, procesów oksydacyjnych oraz naturalnego zużycia, pogarszania się jakości lub starzenia się ubezpieczonego mienia w związku z jego normalną eksploatacją;
12) kradzieży mienia; z wyłączeniem szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku, z zastrzeżeniem postanowień pkt 13;
13) kradzieży z włamaniem mienia, rabunku lub aktów wandalizmu (dewastacji) powstałych po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia przerwy w prowadzeniu działalności w miejscu ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia, w przypadkach kiedy ubezpieczone obiekty zostały opuszczone i pozostają niewykorzystane, chyba że ten fakt został zgłoszony do PZU SA i Ubezpieczający lub Ubezpieczony w uzgodnieniu z PZU SA wprowadził dodatkowe środki zabezpieczenia mienia;
14) usiłowania lub dokonania oszustwa, wyłudzenia, wymuszenia lub szantażu, wprowadzenia w błąd lub pozostawania w błędzie, poświadczenia nieprawdy, fałszerstwa lub podstępu;
15) katastrofy budowlanej, osiadania, zapadnięcia się, wyniesienia, spękania, skurczenia lub ekspansji elementów konstrukcji budynków, chyba że nastąpiły one jako rezultat wcześniejszego zaistnienia innego zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową;
16) osunięcia lub zapadnięcia się ziemi – spowodowanego działaniem człowieka;
17) wycieku stopionego materiału; jeżeli w następstwie wycieku stopionego materiału wystąpił pożar lub eksplozja PZU SA ponosi odpowiedzialność za skutki tych zdarzeń;
18) modyfikacji genetycznych;
19) utraty, uszkodzenia, zniekształcenia lub niedostępności danych lub oprogramowania, w szczególności polegające na niekorzystnej zmianie w danych lub oprogramowaniu spowodowane zniszczeniem, uszkodzeniem lub inną deformacją ich oryginalnej struktury oraz polegające na niedziałaniu lub nieprawidłowym działaniu sprzętu elektronicznego, nośników informacji lub wbudowanych układów scalonych; jeżeli w następstwie ww. zdarzeń wystąpił pożar lub wybuch PZU SA ponosi odpowiedzialność za skutki tych zdarzeń.

2. Ochroną ubezpieczeniową PZU SA nie są objęte także szkody powstałe wskutek:
1) wad projektowych, materiałowych, konstrukcyjnych, złego wykonania lub błędów w produkcji, wad ukrytych – w zakresie szkód wyrządzonych w mieniu dotkniętym tymi wadami, złym wykonaniem lub błędami;
2) mechanicznego uszkodzenia maszyny lub urządzenia na skutek błędnego zadziałania lub niezadziałania części mechanicznej, jeżeli takie błędne zadziałanie lub niezadziałanie spowodowane zostało błędem w sterowaniu tą maszyną lub urządzeniem, niezależnie od faktu, czy taki błąd spowodowany został bezpośrednio lub pośrednio przez człowieka, czy też wewnętrzne lub zewnętrzne automatyczne urządzenie sterujące albo czynnikiem wewnętrznym rozumianym jako zdarzenie zaistniałe wewnątrz mechanizmu tej maszyny lub urządzenia, niezależnie od jego przyczyny pierwotnej – w zakresie szkód wyrządzonych w tych maszynach lub urządzeniach;
3) przerwy lub ograniczenia w dostawie mediów – w zakresie szkód wyrządzonych tą przerwą lub ograniczeniem w urządzeniach lub maszynach wykorzystujących media.

3. Ponadto PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

1) górnicze w rozumieniu Prawa geologicznego i górniczego;
2) w mieniu, które niezgodnie ze swym przeznaczeniem i warunkami przechowywania, magazynowania lub eksploatacji znajdowało się na wolnym powietrzu, jeżeli miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie szkody;
3) powstałe podczas transportu (poza transportem w miejscu ubezpieczenia); wyłączenie niniejsze nie dotyczy transportu wartości pieniężnych, jeżeli został objęty ochroną ubezpieczeniową, z tym że PZU SA nie ponosi odpowiedzialności, gdy transport był realizowany niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa odnośnie warunków transportu wartości pieniężnych;
4) powstałe w wartościach pieniężnych podczas transportu, jeżeli osoby uczestniczące w realizacji transportu pozostawały w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeżeli transport wartości pieniężnych został objęty ochroną ubezpieczeniową;
5) powstałe w wyniku naturalnych właściwości mienia lub powolnego i systematycznego niszczenia przedmiotu ubezpieczenia z powodu oddziaływania czynników termicznych, chemicznych lub biologicznych, a także polegające na utracie wagi, skurczeniu, wyparowaniu, zmianach w kolorze, fakturze, wykończeniu lub zapachu;
6) spowodowane niedoborami ujawnionymi dopiero podczas przeprowadzania inwentaryzacji;
7) nie przekraczające, łącznie z kosztami, o których mowa w § 6 ust. 1, równowartości w złotych polskich 100 euro, według średniego kursu NBP z daty powstania szkody.

4. W przypadku Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną, wyłączenie określone w ust. 3 pkt 4, ma zastosowanie wyłącznie wtedy, gdy okoliczności, o których mowa w tym wyłączeniu, miały wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

SYSTEM UBEZPIECZENIA

§ 8

1. W zależności od przedmiotu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia może być zawarta w systemie:
1) na sumy stałe – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie całkowitej wartości mienia lub kategorii mienia, które ma zostać objęte ochroną ubezpieczeniową;
2) na sumy zmienne – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie przewidywanej w okresie ubezpieczenia maksymalnej wartości kategorii mienia, które ma zostać objęte ochroną ubezpieczeniową;
3) na pierwsze ryzyko – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia ustalana jest niezależnie od całkowitej wartości mienia lub kategorii mienia, które ma zostać objęte ochroną ubezpieczeniową; ustalenie sumy ubezpieczenia można oprzeć o szacowaną maksymalną wysokość szkody, jaka może powstać wskutek zajścia zdarzenia losowego.

2. W systemie na sumy stałe mogą być ubezpieczone nakłady adaptacyjne oraz wszystkie kategorie mienia wymienione w § 3 ust. 1 pkt 1, z wyjątkiem mienia osobistego pracowników.

3. W systemie na sumy zmienne mogą być ubezpieczone jedynie środki obrotowe lub mienie osób trzecich.

4. W systemie na pierwsze ryzyko mogą być ubezpieczone jedynie niskocenne składniki majątku, nakłady adaptacyjne, mienie osobiste pracowników lub wartości pieniężne.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający. Suma ubezpieczenia jest ustalana oddzielnie dla poszczególnych kategorii mienia zgłaszanego do ubezpieczenia. W odniesieniu do budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia – stanowiących środki trwałe, suma ubezpieczenia ustalana jest odrębnie dla każdej pozycji ujętej w ewidencji środków trwałych.

2. Suma ubezpieczenia budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia oraz nakładów adaptacyjnych, powinna odpowiadać wartości mienia ustalonej na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia i może być określona według wartości odtworzeniowej, rzeczywistej lub księgowej brutto.

3. Suma ubezpieczenia dla:
1) środków obrotowych ustalana jest według ceny nabycia lub kosztu wytworzenia (nie większych jednak niż osiągalna cena sprzedaży gotowego wyrobu) i odpowiada najwyższej wartości tej kategorii mienia przewidywanej w okresie ubezpieczenia; jeżeli ubezpieczone mienie znajduje się w kilku miejscach ubezpieczenia, suma ubezpieczenia powinna odpowiadać ogólnej (łącznej) wartości mienia we wszystkich tych miejscach;
2) niskocennych składników majątku ustalana jest według ceny nabycia identycznego lub najbardziej zbliżonego parametrami technicznymi mienia;
3) mienia osób trzecich ustalana jest według wartości rzeczywistej i odpowiada najwyższej wartości tej kategorii mienia przewidywanej w okresie ubezpieczenia, powiększonej o przewidywaną wartość nakładów poniesionych w związku z realizacją usługi przez Ubezpieczonego; w przypadku sprzedaży komisowej lub lombardowej wartość ta powinna być pomniejszona o prowizję sprzedawcy;
4) mienia najmowanego ustalana jest według wartości rzeczywistej lub odtworzeniowej i ustalana jest zgodnie z postanowieniami ust. 2;
5) wartości pieniężnych odpowiada najwyższej wartości tej kategorii mienia przewidywanej w okresie ubezpieczenia i ustalana jest następująco:
   a) dla krajowych i zagranicznych znaków pieniężnych (gotówki) – według ich wartości nominalnej,
   b) dla czeków, weksli i innych dokumentów zastępujących w obrocie gotówkę – według osiągalnej ceny sprzedaży,
   c) dla złota, srebra, platyny i innych metali z grupy platynowców oraz wyrobów z wszystkich wymienionych wcześniej metali, kamieni szlachetnych i pereł – według ceny zakupu lub kosztów wytworzenia.

4. Jeżeli suma ubezpieczenia niskocennych składników majątku, nakładów adaptacyjnych lub wartości pieniężnych ustalana jest w systemie na pierwsze ryzyko, wówczas sposób kalkulacji przedstawiony w ust. 3 nie ma zastosowania.

5. Suma ubezpieczenia wskazana w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA w odniesieniu do kategorii mienia, dla którego została ustalona, z zastrzeżeniem, że dla budynków, budowli, maszyn, urządzeń i wyposażenia górną granicę odpowiedzialności dla każdej z pozycji ewidencji środków trwałych, o której mowa w ust. 1, stanowi suma ubezpieczenia ustalona dla tej pozycji.

6. Suma ubezpieczenia dla mienia osobistego pracowników odpowiada iloczynowi liczby zatrudnionych osób i sumy ubezpieczenia na pojedynczego pracownika wskazanej w umowie ubezpieczenia, która jednocześnie stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA za szkody poniesione przez pojedynczego pracownika.

7. W przypadku istotnych zmian (powyżej 10%) poziomu kosztów lub cen w okresie ubezpieczenia (na przykład

wskutek inflacji) Ubezpieczający powinien, w celu uniknięcia skutków niedoubezpieczenia mienia (§ 6 ust. 5 i ust. 6, § 16 ust. 3), dokonać niezwłocznej zmiany sumy ubezpieczenia mienia ubezpieczonego według wartości odtworzeniowej lub rzeczywistej. Podwyższenie sumy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia, od którego strony uzgodniły na piśmie obowiązywanie wyższej sumy. Podwyższenie sumy ubezpieczenia pociąga za sobą odpowiednie podwyższenie składki ubezpieczeniowej.

8. Dodatkowo, w umowie ubezpieczenia, dla poszczególnych kategorii mienia lub szkód danego rodzaju mogą zostać ustalone limity odpowiedzialności, niższe niż sumy ubezpieczenia ustalone zgodnie z powyższymi postanowieniami. W takim przypadku górną granicę odpowiedzialności PZU SA w odniesieniu do danej kategorii mienia lub szkód danego rodzaju, których limit dotyczy, stanowi wskazany w umowie ubezpieczenia limit odpowiedzialności.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie pisemnej i na wniosek Ubezpieczającego.
2. Wniosek powinien zawierać między innymi następujące dane:
   1) nazwę i dokładny adres Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest to ten sam podmiot;
   2) miejsce, przedmiot, zakres i okres ubezpieczenia;
   3) rodzaj prowadzonej działalności;
   4) sumę ubezpieczenia i sposób jej ustalania;
   5) opis posiadanych zabezpieczeń przeciwpożarowych i przeciwkradzieżowych oraz ich stan techniczny;
   6) opis bezpośredniego otoczenia miejsca ubezpieczenia (w tym zagrożeń naturalnych);
   7) informacje o zaistniałych w okresie ostatnich 3 lat szkodach w mieniu, bez względu na to, czy mienie było objęte ochroną ubezpieczeniową i czy za szkodę zostało wypłacone odszkodowanie, z podaniem przyczyny powstania szkody, jej wysokości oraz kwoty otrzymanego odszkodowania.
3. PZU SA może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z oceną ryzyka. PZU SA zastrzega sobie także prawo żądania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji oraz inspekcji miejsca ubezpieczenia, jeżeli uzna, że dotychczas otrzymane nie są wystarczające do prawidłowej oceny ryzyka.
4. PZU SA przysługuje w trakcie trwania umowy ubezpieczenia prawo do inspekcji miejsca i przedmiotu ubezpieczenia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz sformułowania ewentualnych rekomendacji i zaleceń dotyczących kontroli tego ryzyka. Koszty takiej inspekcji pokrywa w całości PZU SA, o ile nie umówiono się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego). Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
   1) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu;
   2) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od PZU SA chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże takie uzgodnienie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie losowe już zaszło;
   3) Ubezpieczony może żądać by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

OKRES UBEZPIECZENIA. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na okres roczny.
2. Odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia (początek okresu ubezpieczenia).
3. Jeżeli PZU SA ponosiło odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostały opłacone w ustalonym terminie, PZU SA ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego i jednocześnie zachowując prawo żądania zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, jeżeli rata (poza pierwszą) nie została opłacona w ustalonym terminie, PZU SA po upływie terminu płatności tej raty może wezwać Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje rozwiązanie umowy. W takim przypadku brak opłaty zaległej raty składki we wskazanym terminie spowoduje rozwiązanie umowy z upływem 7 dni od daty otrzymania tego wezwania przez Ubezpieczającego.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU SA nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie do 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 PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę. Przeniesienie praw wymaga zgody PZU SA. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia, na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia przechodzą także obowiązki, jakie ciążyły na zbywcy, chyba, że strony za zgodą PZU SA umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków, zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Postanowienia niniejszego ustępu nie mają zastosowania do przenoszenia wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia losowego.
7. Oprócz przypadków wskazanych powyżej ochrona ubezpieczeniowa wygasa także:
   1) wraz z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki umowa została zawarta;
   2) wraz z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do mienia będącego przedmiotem ubezpieczenia na pierwsze ryzyko lub wraz z wyczerpaniem limitu odpowiedzialności na wszystkie zdarzenia losowe w okresie ubezpieczenia, w odniesieniu wyłącznie do mienia lub kosztów dla których ustalony został w umowie ubezpieczenia taki limit i w zakresie objętym tym limitem.
8. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 12

1. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA na podstawie taryfy składek obowiązującej w PZU SA w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem rodzaju prowadzonej działalności, rodzaju mienia obejmowanego ochroną, sumy ubezpieczenia oraz podwyżek i obniżek w składce określonych w taryfie.
2. Za ubezpieczenie środków obrotowych na sumy zmienne oblicza się i pobiera składkę według następującej zasady:
   1) na początku okresu ubezpieczenia Ubezpieczający opłaca składkę zaliczkową w wysokości nie mniejszej niż wskazany w umowie ubezpieczenia procent składki ustalonej w sposób wskazany w ust. 1, nie mniejszy jednak niż 50% tak ustalonej składki;
   2) składka zaliczkowa za cały okres ubezpieczenia zostaje rozliczona po upływie bieżącego okresu ubezpieczenia na podstawie średniej arytmetycznej wartości środków obrotowych posiadanych przez Ubezpieczonego w tym okresie; w celu rozliczenia składki Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest najpóźniej w ciągu 30 dni po upływie bieżącego okresu ubezpieczenia podać PZU SA stany zapasów z poszczególnych miesięcy; za stan zapasów z danego miesiąca przyjmuje się średnią arytmetyczną wartość (cena nabycia lub koszt wytworzenia) środków obrotowych z tego miesiąca;
   3) na podstawie przekazanych średnich arytmetycznych wartości środków obrotowych za poszczególne miesiące okresu ubezpieczenia, PZU SA ustala średnią arytmetyczną wartość środków obrotowych w okresie ubezpieczenia;
   4) składkę ostateczną za ubezpieczenie otrzymuje się z przemnożenia średniej arytmetycznej wartości środków obrotowych w okresie ubezpieczenia przez stawkę taryfową przyjętą w umowie ubezpieczenia;
   5) jeżeli składka ostateczna przekracza składkę zaliczkową Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia powstałej różnicy w ciągu 14 dni od dnia otrzymania od PZU SA rachunku wraz z aneksem rozliczającym;
   6) jeżeli składka ostateczna jest niższa od składki zaliczkowej PZU SA w terminie 14 dni od dnia otrzymania rozliczenia stanu zapasów, o którym mowa w pkt 2, zwróci Ubezpieczającemu powstałą różnicę w składce.
3. W przypadku ubezpieczenia mienia osób trzecich na sumy zmienne, składkę oblicza się i pobiera według zasad określonych w ust. 2, z tym, że za stan zapasów z danego miesiąca przyjmuje się średnią arytmetyczną wartość mienia osób trzecich z tego miesiąca.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia. Należna składka może być na wniosek Ubezpieczającego rozłożona na raty. Terminy płatności kolejnych rat oraz ich wysokość określone są w umowie ubezpieczenia.
5. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej lub w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
6. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego, za datę zapłaty uważa się chwilę złożenia zlecenia zapłaty w banku na właściwy rachunek PZU SA, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość wolnych środków. W innym przypadku za datę zapłaty uważa się dzień uznania rachunku PZU SA pełną, wymagalną kwotą składki lub raty składki określonymi w umowie ubezpieczenia.
7. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
8. Składka nie podlega indeksacji.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO ORAZ PZU SA

§ 13

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA 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 jemu znane. W razie zawarcia umowy przez PZU SA mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU SA o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 oraz w ust. 2 spoczywają także na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązany jest:
   1) utrzymywać we własnym zakresie i na własny koszt będące przedmiotem ubezpieczenia zajmowane i wykorzystywane pomieszczenia, budynki, budowle, maszyny, urządzenia i wyposażenie oraz ich zabezpieczenia w dobrym stanie technicznym, a także podejmować stosowne działania zapobiegawcze oraz uzasadnione środki ostrożności w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia szkody;
   2) eksploatować posiadane mienie zgodnie z zaleceniami i wskazówkami producenta lub dostawcy tego mienia, przestrzegać powszechnie obowiązujące przepisy prawa i normy w zakresie ochrony osób i mienia, ochrony przeciwpożarowej, budowy i eksploatacji urządzeń technicznych i obiektów budowlanych oraz wykonywania dozoru technicznego nad tymi urządzeniami i obiektami;
   3) utrzymywać w należytym stanie środki zabezpieczenia mienia przed szkodą oraz dołożyć należytej staranności w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania tych zabezpieczeń;
   4) stosować się do norm, zaleceń i wymogów organów administracji państwowej i samorządowej dotyczących bezpieczeństwa prowadzonej działalności;
   5) prowadzić ewidencję ubezpieczonego mienia wraz z sumami ubezpieczenia przyporządkowanymi poszczególnym pozycjom ewidencji, przy czym w razie ubezpieczenia środków trwałych według wartości księgowej brutto za powyższą ewidencję może być przyjęta ewidencja prowadzona dla celów rachunkowych wraz z wartościami księgowymi brutto w niej wskazanymi;
   6) w odniesieniu do ryzyka powstania szkód wodociągowych:
      a) dbać o konserwację przewodów, zbiorników i urządzeń doprowadzających i odprowadzających parę, wodę lub inne ciecze (wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania i innych instalacji doprowadzających i odprowadzających parę, wodę lub inne ciecze),
      b) wykonywać niezwłocznie remonty i naprawy niezbędne dla prawidłowego działania instalacji, o których mowa w lit. a,
      c) w terminie zastosować właściwe środki ochronne w celu zabezpieczenia przed mrozem przewodów,

zbiorników i urządzeń służących do rozprowadzania wody lub innych cieczy,
d) zamknąć, opróżnić z wody lub innych cieczy i utrzymywać opróżnione instalacje i urządzenia wodociągowe w obiektach nie używanych, czasowo unieruchomionych lub nie dozorowanych.

7) przestrzegać wymogów w zakresie bezpieczeństwa przeciwkradzieżowego określonych w Załączniku nr 1 do ogólnych warunków.

5. W razie zajścia zdarzenia losowego objętego zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował tych środków PZU SA jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.

6. W razie powstania zdarzenia losowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:

1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od chwili uzyskania wiadomości o zdarzeniu losowym powiadomić PZU SA o jego wystąpieniu;
2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni zawiadomić policję o każdym wypadku pożaru, a także o każdej szkodzie jaka mogła powstać wskutek przestępstwa;
3) bez dokonywania zmian pozostawić miejsce szkody do czasu oględzin przez PZU SA lub powołanego przez PZU SA rzeczoznawcy, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia rozmiaru szkody; PZU SA nie może powoływać się na ten zakaz, jeżeli nie rozpoczął czynności likwidacyjnych w terminie 3 dni roboczych od dnia uzyskania wiadomości o szkodzie lub innym uzgodnionym z Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym;
4) udzielić PZU SA lub powołanemu przez PZU SA rzeczoznawcy wyjaśnień dla ustalenia okoliczności powstania szkody, jej przedmiotu i wysokości (w tym udostępnić miejsce powstania szkody w celu przeprowadzenia inspekcji) oraz przedstawić dowody jakich odpowiednio do stanu rzeczy może PZU SA wymagać;
5) sporządzić i przedstawić w uzgodnionym przez strony terminie oraz formie i na własny koszt, rachunek szkody wraz z dokumentacją źródłową stanowiącą podstawę sporządzenia tego rachunku oraz zgłosić roszczenie;
6) na żądanie PZU SA dostarczyć dokumentację uzupełniającą, jeżeli dostarczone informacje lub dokumenty, nie są wystarczające do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania.

7. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i ust. 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 i ust. 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie losowe przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

8. W razie naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 4 pkt 1–4, 6, 7 z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa, PZU SA wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

9. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 6 pkt 1, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia losowego. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o zdarzeniu losowym nie nastąpią, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 6 pkt 1, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

10. PZU SA jest zobowiązany :

1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w § 17 ust. 2 i 3 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych ze zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności zdarzenia losowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY

§ 14

1. Jako wysokość szkody przyjmuje się:

1) przy ubezpieczeniu według wartości odtworzeniowej lub księgowej brutto:

a) dla budynków, budowli i nakładów adaptacyjnych – wartość kosztów odbudowy albo remontu mienia (jeżeli wartości te są różne wysokość szkody ustala się według wartości niższej), potwierdzoną kosztorysem przedłożonym przez Ubezpieczonego, określoną zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalania cen robót budowlanych stosowanymi w budownictwie – przy uwzględnieniu dotychczasowej technologii, konstrukcji, wymiarów i standardu wykończenia, takich samych lub najbardziej zbliżonych materiałów, wraz z kosztami opracowania wymaganej dokumentacji, kosztami transportu (z wyłączeniem transportu ekspresowego), demontażu, montażu i nadzoru oraz kosztami, których poniesienie jest konieczne w celu odtworzenia mienia,

b) dla maszyn, urządzeń i wyposażenia – wynikającą z faktury lub rachunku, wartość kosztów zakupu albo naprawy mienia tego samego rodzaju, typu i o tych samych lub najbardziej zbliżonych parametrach, w tym mocy produkcyjnej (jeżeli wartości te są różne wysokość szkody ustala się według wartości niższej), wraz z kosztami opracowania wymaganej dokumentacji, kosztami transportu (z wyłączeniem transportu ekspresowego), montażu i nadzoru oraz kosztami (w tym rozbiórki i demontażu części niezdatnych do użytku), których poniesienie jest konieczne w celu odtworzenia mienia;

2) przy ubezpieczeniu według wartości rzeczywistej – wartość kosztów określonych w pkt 1, pomniejszoną o faktyczny stopień zużycia technicznego zniszczonego, utraconego lub uszkodzonego mienia, na dzień przed powstaniem szkody.

2. Dla mienia najmowanego wysokość szkody ustala się na zasadach określonych w ust. 1 pkt 1 lub 2 w zależności od tego, według jakiej wartości została ustalona suma ubezpieczenia.

3. Jako wysokość szkody w środkach obrotowych przyjmuje się cenę ich zakupu lub koszt ponownego wytworzenia ustalone na podstawie rachunku lub faktury albo kalkulacji kosztów wytworzenia.

4. Jako wysokość szkody w niskocennych składnikach majątku przyjmuje się cenę naprawy lub zakupu identycznego lub najbardziej zbliżonego parametrami technicznymi mienia.

5. Jako wysokość szkody w mieniu osób trzecich przyjmuje się wartość rzeczywistą lub wartość kosztów naprawy uszkodzonego mienia (jeżeli wartości te są różne wysokość szkody ustala się według wartości niższej), powiększonych o udowodnioną wartość nakładów poniesionych w związku z realizacją usługi przez Ubezpieczonego, a w przypadku sprzedaży komisowej - z potrąceniem prowizji komisowej.

6. Jako wysokość szkody w wartościach pieniężnych przyjmuje się:

1) dla krajowych i zagranicznych znaków pieniężnych (gotówki) – ich wartość nominalną; wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote polskie według średniego kursu NBP z dnia szkody;

2) dla czeków, weksli i innych dokumentów zastępujących w obrocie gotówkę – osiągalną cenę sprzedaży z dnia szkody;

3) dla złota, srebra, platyny i innych metali z grupy platynowców oraz wyrobów z wszystkich wymienionych wcześniej metali, kamieni szlachetnych i pereł – cenę zakupu lub koszt wytworzenia, z dnia szkody.

7. Jako wysokość szkody w mieniu osobistym pracowników przyjmuje się wartość rzeczywistą lub wartość kosztów naprawy uszkodzonego mienia (jeżeli wartości te są różne wysokość szkody ustala się według wartości niższej).

8. W przypadku ubezpieczenia mienia w wartości odtworzeniowej, szkoda będzie wyliczana według tej wartości pod warunkiem przystąpienia – nie później niż w terminie 12 miesięcy od daty powstania szkody – do odbudowy, remontu, zakupu, naprawy lub ponownego wytworzenia mienia. Jeżeli w powyższym terminie Ubezpieczony nie przystąpi do odbudowy, remontu, zakupu, naprawy lub ponownego wytworzenia mienia, lub jeżeli złoży PZU SA oświadczenie o rezygnacji z odbudowy, remontu, zakupu, naprawy lub ponownego wytworzenia, odszkodowanie zostanie wypłacone w kwocie odpowiadającej wartości rzeczywistej.

9. Przy ustalaniu wysokości szkody uwzględnia się rachunek szkody sporządzony przez Ubezpieczonego oraz stan faktyczny w miejscu powstania szkody i okoliczności jej powstania, stwierdzone protokółem szkody przez PZU SA przy współudziale Ubezpieczonego. Jeżeli wysokość szkody podana przez Ubezpieczonego w rachunku szkody w istotny sposób różni się od ustaleń dokonanych przez PZU SA, podstawę ustalenia wysokości szkody stanowi stwierdzony stan faktyczny. W uzgodnieniu z Ubezpieczonym ustalenie wysokości szkody może być dokonane w oparciu o podejście kosztowe i metodologię kosztów odtworzenia lub zastąpienia, z wykorzystaniem rynkowych systemów wyceny. Koszty związane z ustaleniem wysokości szkody każda ze stron ponosi we własnym zakresie.

10. Wysokość szkody określa się na podstawie cen z dnia powstania szkody.

11. W razie wyrażenia sum ubezpieczenia lub limitów odpowiedzialności w równowartości w złotych polskich waluty obcej, przelicza się kwoty sum i limitów na złote polskie według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu powstania szkody.

12. Przy ustalaniu wysokości szkody nie uwzględnia się:

1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, artystycznej lub pamiątkowej;

2) dodatkowych kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą;

3) kosztów związanych z koniecznością realizacji postanowień stosownego prawa dotyczącego konstrukcji i eksploatacji budynków, budowli, maszyn i urządzeń, które Ubezpieczony jest zobowiązany ponieść dodatkowo w związku ze zmianami przepisów prawa; jeżeli suma ubezpieczenia została ustalona według wartości odtworzeniowej niniejsze ograniczenie dotyczy jedynie kosztów powstałych w związku ze zmianami przepisów prawa, które zostały ustanowione i weszły w życie po zawarciu umowy ubezpieczenia;

4) kosztów innowacji, modernizacji lub ulepszeń.

POSTĘPOWANIE RZECZOZNAWCÓW

§ 15

1. Po zajściu zdarzenia losowego Ubezpieczony lub PZU SA mogą powoływać rzeczoznawców w celu ustalenia przyczyny lub wysokości szkody. Ekspertyzy rzeczoznawców powinny zawierać- w zależności od potrzeb – co najmniej:

1) ustalenie przyczyn albo ustalenie przypuszczalnych przyczyn szkody ze wskazaniem najbardziej prawdopodobnej;

2) wykaz będącego przedmiotem szkody mienia wraz z jego identyfikacją techniczną i wartością ubezpieczeniową określoną zgodnie z postanowieniami § 9;

3) koszty odbudowy, remontu, naprawy lub nabycia takiego samego mienia;

4) ewentualne koszty zabezpieczenia przed szkodą lub zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu, określone zgodnie z postanowieniami § 6.

2. Dodatkowo ekspertyzy rzeczoznawców mogą zawierać zalecenia prewencyjne, które mają na celu ograniczenie możliwości wystąpienia szkody w przyszłości.

3. W razie rozbieżności w ekspertyzach rzeczoznawców strony mogą wspólnie powołać rzeczoznawcę opiniującego, który

na podstawie przedłożonych do wglądu ekspertyz i własnej oceny stanu faktycznego wydaje opinię.
4. Każda ze stron ponosi koszty rzeczoznawcy, którego powołała. Koszty rzeczoznawcy opiniującego ponoszą obie strony po połowie.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 16

1. PZU SA wypłaca należne odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia mienia w kwocie odpowiadającej wysokości szkody ustalonej zgodnie z postanowieniami § 14, nie wyższej jednak od sumy ubezpieczenia oraz zgodnie z limitami odpowiedzialności określonymi w umowie ubezpieczenia.
2. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody ustalonej zgodnie z postanowieniami § 14, z tym że:
   1) wysokość odszkodowania ustalona według kosztów odbudowy, remontu, zakupu, naprawy albo ponownego wytworzenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia przedmiotu szkody;
   2) rachunek kosztów odbudowy, remontu, zakupu, naprawy albo ponownego wytworzenia przedstawiony przez Ubezpieczonego podlega weryfikacji przez PZU SA;
   3) jeżeli odbudowa, remont, naprawa albo ponowne wytworzenie jest wykonywane we własnym zakresie przez Ubezpieczonego, PZU SA zwraca udokumentowane koszty materiałów niezbędnych do wykonania odbudowy, remontu, naprawy albo ponownego wytworzenia, niezbędne koszty robocizny oraz uzasadnioną kwotę na pokrycie kosztów ogólnych; suma tych kosztów nie powinna być wyższa od średniego kosztu, jaki byłby poniesiony w przypadku gdyby czynności dokonywane były przez firmę zewnętrzną; PZU SA może przedstawione koszty zweryfikować do średnich cen osiągalnych na rynku;
   4) jeżeli odbudowa, remont, naprawa albo ponowne wytworzenie wykonywane są przez firmę zewnętrzną i ich koszt jest wyższy o co najmniej 10% od kosztów naprawienia szkody ustalonych przez PZU SA na podstawie cen funkcjonujących na rynku usług oferowanych przez inne firmy zewnętrzne, PZU SA ustali odszkodowanie z uwzględnieniem cen usług tych innych firm zewnętrznych, chyba że zatrudnienie danej firmy zewnętrznej było warunkiem koniecznym w celu zachowania (remont, naprawa) lub nabycia (odbudowa, wymiana) przez Ubezpieczonego uprawnień z gwarancji lub rękojmi za dane mienie;
   5) wysokość odszkodowania zmniejsza się o wartość pozostałości, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki lub odbudowy;
3. W przypadku kiedy wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia jest niższa, niż wartość mienia w dniu szkody będąca podstawą do ustalenia sumy ubezpieczenia (niedoubezpieczenie) odszkodowanie zmniejsza się w takim stosunku, w jakim pozostaje zadeklarowana suma ubezpieczenia do wartości mienia będącej podstawą do ustalenia sumy ubezpieczenia na dzień powstania szkody.
4. Zasady ustalenia odszkodowania, o których mowa w ust. 3, nie mają zastosowania:
   1) w ubezpieczeniach w systemie na pierwsze ryzyko;
   2) jeżeli wysokość szkody nie przekracza 20% sumy ubezpieczenia danego przedmiotu ubezpieczenia;
   3) jeżeli wartość przedmiotu ubezpieczenia, przy uwzględnieniu rodzaju zadeklarowanej wartości będącej podstawą do ustalenia sumy ubezpieczenia, w dniu szkody nie przekracza 110% sumy ubezpieczenia tego przedmiotu.
5. W celu ustalenia czy występuje niedoubezpieczenie, poprawność zadeklarowanych sum ubezpieczenia będzie weryfikowana, na podstawie kalkulacji, o których mowa w ust. 3, oddzielnie dla poszczególnych kategorii ubezpieczonego mienia, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 5.
6. Jeżeli suma ubezpieczenia przewyższa faktyczną wartość mienia w dniu szkody, przy uwzględnieniu rodzaju zadeklarowanej wartości będącej podstawą do ustalenia sumy ubezpieczenia (nadubezpieczenie), PZU SA odpowiada tylko do wysokości szkody ustalonej według zasad określonych w ogólnych warunkach.
7. Od ostatecznej wartości odszkodowania ustalonego zgodnie z powyższymi postanowieniami potrąca się franszyzę redukcyjną w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 17

1. PZU SA obowiązane jest do przekazania osobie występującej z roszczeniem stanowiska dotyczącego swojej odpowiedzialności, a w razie uznania roszczenia, również wysokości szkody oraz wysokości przyznanego odszkodowania.
2. PZU SA wypłaca odszkodowanie najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu losowym.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno być wypłacone najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania PZU SA powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Wystąpienie zdarzenia losowego nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty rat składki w terminach określonych w umowie ubezpieczenia, przy czym w razie zajścia zdarzenia losowego, jeżeli odszkodowanie lub suma tego odszkodowania i odszkodowań dotąd wypłaconych powoduje wyczerpanie wszystkich sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia, raty składki, których termin płatności przypada po dniu wypłaty odszkodowania, stają się natychmiast wymagalne i płatne w dniu wypłaty odszkodowania. W przypadku odmowy wypłaty odszkodowania, terminy płatności rat składki, których płatność zgodnie z terminami określonymi w umowie ubezpieczenia przypada po dniu doręczenia oświadczenia o odmowie wypłaty odszkodowania, nie ulegają zmianie.
5. Wypłata odszkodowania nie powoduje zmniejszenia sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
6. Postanowienie ust. 5 nie ma zastosowania dla kategorii mienia ubezpieczanych w systemie na pierwsze ryzyko oraz wskazanych w umowie ubezpieczenia limitów odpowiedzialności, dla których z chwilą wypłaty odszkodowania suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności określony w umowie ubezpieczenia zostaje pomniejszony o wysokość wypłaconego odszkodowania. Ubezpieczający może uzupełnić sumę ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności przez zapłacenie składki uzgodnionej z PZU SA. W przeciwnym wypadku w razie następnej szkody powstałej w bieżącym okresie ubezpieczenia górną granicę odpowiedzialności PZU SA stanowi suma ubezpieczenia lub limit odpowiedzialności, który pozostał po wypłacie odszkodowania za wcześniejszą szkodę.

PŁATNICY PODATKU VAT

§ 18

Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do odliczania podatku od towarów i usług VAT naliczanego przy nabyciu mienia stanowiącego przedmiot ubezpieczenia, to wartość będąca podstawą ustalenia sumy ubezpieczenia, suma ubezpieczenia,

wysokość szkody, wysokość odszkodowania dla tego mienia nie uwzględniają tego podatku.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 19

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez PZU SA roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą na PZU SA do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli PZU SA pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia pozostałej części roszczeń przed roszczeniem PZU SA.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU SA pomocy dostarczając informacji oraz dokumentów niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych, o ile są w jego posiadaniu lub ma możliwość ich uzyskania. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody PZU SA zrzekł się lub ograniczył roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, PZU SA może odmówić odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu odszkodowania PZU SA może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

MIENIE ODZYSKANE

§ 20

W razie uzyskania informacji o przedmiotach utraconych w wyniku zdarzeń losowych objętych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony obowiązany jest zawiadomić o tym niezwłocznie PZU SA oraz uczestniczyć w czynnościach zmierzających do rozpoznania i odzyskania tych przedmiotów. Jeżeli Ubezpieczony odzyskał przedmioty w stanie niezmienionym, PZU SA wolny jest od obowiązku wypłaty odszkodowania, a w razie gdy odszkodowanie zostało wypłacone, Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie zwrócić PZU SA wypłaconą kwotę. W razie odzyskania przedmiotów w stanie uszkodzonym lub niekompletnym, zwrotowi podlega kwota odpowiadająca wartości odzyskanego przedmiotu w dniu jego odzyskania.

PODWÓJNE UBEZPIECZENIE

§ 21

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty odszkodowania w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym postanowieniu, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU SA to: reklamacje@pzu.pl.

13. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach w konsumentem jest język polski.
14. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
16. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
17. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MIENIA OD WSZYSTKICH RYZYK

ustalone uchwałą Nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń SA z dnia 26 lipca 2007 roku ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 roku oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Nr UZ/135/2012 z dnia 13 kwietnia 2012 roku oraz uchwałą Nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. oraz uchwałą Nr UZ/215/2018 Zarządu PZU SA z dnia 6 lipca 2018 r.

ŚRODKI BEZPIECZEŃSTWA PRZECIWKRADZIEŻOWEGO

§ 1

Budynek, w którym znajduje się ubezpieczone mienie powinien posiadać odpowiednio trwałą konstrukcję. Przez odpowiednio trwałą konstrukcję rozumie się budynek wykonany z materiałów i w technologii właściwej dla jego przeznaczenia użytkowego – zgodnie z przepisami prawa budowlanego, w którym pokonanie poszczególnych elementów konstrukcji (ścian, podłóg, stropów) nie jest możliwe bez ich równoczesnego uszkodzenia lub zniszczenia przy użyciu narzędzi.

§ 2

1. Zabezpieczenia wszystkich otworów zewnętrznych lokalu, w którym znajduje się ubezpieczone mienie powinny być w należytym stanie technicznym oraz tak osadzone i zamknięte aby ich otwarcie, wyłamanie lub wyważenie nie było możliwe bez pozostawienia śladów stanowiących dowód użycia siły lub narzędzi.
2. Drzwi zewnętrzne do lokalu z ubezpieczonym mieniem winny być zamknięte na co najmniej dwa różne zamki wielozastawkowe lub dwie różne kłódki wielozastawkowe, zawieszone na oddzielnych skoblach, z których przynajmniej jeden powinien spełniać wymogi zamka o podwyższonej odporności na włamanie, potwierdzone atestem lub certyfikatem, świadectwem kwalifikacji jakości lub innym dokumentem wydanym przez upoważnioną jednostkę.
   Zamki mechaniczne powinny posiadać więcej niż jedną ruchomą zastawkę. Ilość zastawek w zamku można ustalić na podstawie nacięć profilowanych w kluczu.
   Uchwyty, na których mocowane są kłódki, powinny być zrobione z płaskownika przymocowanego na stałe do drzwi lub krat w sposób, który uniemożliwi jego ukręcenie, odcięcie lub oberwanie. Odpowiednio do parametrów kłódki powinna być dobrana grubość płaskownika i otwór do wprowadzenia kabłąka lub bolca. Wolne miejsca na kabłąku należy wypełnić tulejką dystansową lub specjalną wkładką wypełniającą.
   Za równorzędne zabezpieczenie uznaje się zamek wielopunktowy o podwyższonej odporności na włamanie. Zamkiem wielopunktowym jest taki zamek, którego zamknięcie powoduje jednostronne lub wielostronne ryglowanie płata drzwi w kilku odległych od siebie miejscach. Główne zamki w drzwiach nie mogą być zaopatrzone w mechanizmy umożliwiające otwarcie zamka od wewnątrz bez użycia oryginalnego klucza.
   W przypadku ustanowienia ochrony fizycznej wewnątrz ubezpieczonego obiektu (lokalu lub budynku) dopuszcza się zamknięcie drzwi zewnętrznych na jeden zamek atestowany.
3. Oszklenia otworów zewnętrznych lokalu winny być osadzone w ramach w taki sposób aby wyjęcie szyby nie było możliwe bez jej rozbicia.
   Oszklenia okien, drzwi i innych otworów zewnętrznych lokalu, do których jest bezpośredni dostęp z ulic lub możliwy jest dostęp z wykorzystaniem elementów konstrukcyjnych będących częścią obiektu, w którym znajduje się ten lokal lub infrastruktury otaczającej, winny być zabezpieczone przeciwwłamaniową osłoną mechaniczną w postaci krat wykonanych z prętów stalowych, żaluzji, okiennic lub rolet.
   Kraty, żaluzje, okiennice powinny być takiej konstrukcji, tak założone i zamknięte, aby przedostanie się do wnętrza lokalu nie było możliwe bez uprzedniego ich uszkodzenia przy pomocy narzędzi, zaś ruchome osłony mechaniczne powinny być zamknięte co najmniej na jedną kłódkę wielozastawkową.
   Inne zabezpieczenia mechaniczne winny stanowić istotną przeszkodę w sforsowaniu zabezpieczonego otworu, stwierdzoną na podstawie stosownego atestu/certyfikatu lub innego dokumentu wydanego przez upoważnioną jednostkę bądź oględzin i opisu dokonanych przez przedstawiciela PZU SA.
4. Mechaniczne zabezpieczenia oszklonych otworów zewnętrznych nie są wymagane jeśli:
   1) ustanowiono poza godzinami pracy dozór, przez który rozumie się ochronę lokalu lub budynku, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, wykonywaną w zorganizowany sposób przez co najmniej jedną osobę dorosłą spośród personelu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub przez pracowników koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony osób i mienia;
   2) lokal lub budynek, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, wyposażono w elektroniczny system wizualno-dźwiękowy o działaniu miejscowym ze stałym adresatem (odbiorcą) alarmu; przez stałego adresata alarmu rozumie się Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bądź osobę wyznaczoną przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego jako odpowiedzialną za odbiór sygnału alarmu i podjęcie działań interwencyjnych;
   3) lokal lub budynek, w którym znajduje się mienie, wyposażono w elektroniczny system przeciwwłamaniowy i włączono do systemu monitorowania alarmów policji bądź koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony osób i mienia;
   4) oszklenia lokalu lub budynku, w którym znajduje się ubezpieczone mienie, wykonane są ze szkła warstwowego o zwiększonej odporności na rozbicie co najmniej klasy P3, stwierdzonej stosownym atestem/certyfikatem lub innym dokumentem wydanym przez upoważnioną do tego jednostkę.
5. Równoległe stosowanie zabezpieczeń wymienionych w ust. 1–3 i zabezpieczeń wymienionych w ust. 4 może stanowić podstawę do udzielenia obniżki składki.

§ 3

Samochody oraz inne pojazdy mechaniczne, stanowiące środki obrotowe Ubezpieczonego lub mienie osób trzecich mogą być przechowywane poza lokalem, na terenie (parkingu) ogrodzonym stałym parkanem, zamkniętym i oświetlonym w porze nocnej i całodobowo dozorowanym. Pojazdy te nie mogą mieć kluczyków przy stacyjkach zapłonowych, a wszystkie drzwi w pojazdach krytych powinny być zamknięte na zamek fabryczny. Brama na teren, na którym parkowane są pojazdy powinna być zabezpieczona w sposób uniemożliwiający wyjazd samochodem przez osobę nieuprawnioną.

§ 4

Wartości pieniężne powinny znajdować się w lokalu zabezpieczonym w sposób określony w § 1 i § 2 a ponadto powinny być zamknięte w urządzeniach lub pomieszczeniach do przechowywania wartości pieniężnych odpowiadających wymaganiom określonym w § 7.
Urządzenia o wadze do 1000 kg zabezpieczające wartości pieniężne powinny być trwale przymocowane do podłoża lub ściany lokalu, w którym się znajdują.

§ 5

Klucze do lokalu z ubezpieczonym mieniem oraz do samochodów i innych pojazdów mechanicznych a także do urządzeń i pomieszczeń zabezpieczających wartości pieniężne powinny być

przechowywane w sposób chroniący je przed kradzieżą i dostępem do nich osób nieuprawnionych.

§ 6

PZU SA może, na podstawie oceny wielkości ryzyka zagrożenia szkodą, określić indywidualne warunki w zakresie wymaganych środków bezpieczeństwa.

§ 7

1. Odpowiedzialność za szkody w wartościach pieniężnych powstałe wskutek kradzieży z włamaniem ograniczona jest, w granicach limitów odpowiedzialności określonych w umowie ubezpieczenia, do kwot podanych w poniższej tabeli:

klasa odpomości	System alarmowy co najmniej klasy SA3[1]	System alarmowy klasy niższej niż SA3 z przekazywaniem sygnałów alarmu do ochrony zewnętrznej[2]	System alarmowy klasy niższej niż SA3 z pracownikiem ochrony[3] lub tylko pracownik ochrony	Brak systemu alarmowego i pracownika ochrony lub tylko system alarmowy wizualno-akustyczny o działaniu miejscowym
1	2	3	4	5
A. Urządzenia do przechowywania wartości pieniężnych (np. szafy, sejfy)				
	jednostka obliczeniowa (j.o.)[4]			
I	1,3	0,5	0,3	0,1
II	3	1,5	0,8	0,3
III	6	3	1	0,6
IV	10	5	2	1
V	15	8	3	2
VI	20	12	5	3
VII	30	16	6	4
VIII	40	20	9	6
IX	60	–	–	–
X	100	–	–	–
B. Pomieszczenia[5] do przechowywania wartości pieniężnych (np. pomieszczenia skarbcowe)				
I	1,3	0,5	0,3	0,1
II	3	1,5	0,8	0,3
III	6	3	1	0,6
IV	10	5	2	1
V	15	8	3	2
VI	20	12	5	3
VII	30	16	6	4
VIII	40	20	9	6
IX	60	30	–	–
X	100	40	–	–
XI	150	60	–	–
XII	200	–	–	–
XIII	300	–	–	–
C. Urządzenia lub pomieszczenia bez określonej klasy odporności (szafy i pojemniki stalowe oraz pomieszczenia skarbcowe)				
1. Zamykane pojemniki o prostej konstrukcji lub szafy jednopłaszczowe – z co najmniej jednym zamkiem	0,5	0,3	0,2	0,05
2. Stare lub nieokreślone szafy wielopłaszczowe o wadze do 300 kg – drzwi z co najmniej dwoma zamkami	1	0,8	0,4	0,2
3. Stare lub nieokreślone szafy wielopłaszczowe o wadze wyższej niż 300 kg - drzwi z co najmniej dwoma zamkami	2	1,5	0,5	0,4
4. Nieokreślone skarbce (ściany i stropy z betonu nie zbrojonego lub o grubości do 30 cm – drzwi z co najmniej dwoma zamkami)	10	5	1,5	–
5. Nieokreślone skarbce (ściany i stropy z betonu zbrojonego o grubości powyżej 30 cm do 60 cm – drzwi z co najmniej dwoma zamkami)	20	10	5	–
6. Nieokreślone skarbce (ściany i stropy z betonu zbrojonego o grubości powyżej 60 cm – drzwi z co najmniej dwoma zamkami)	40	20	8	–

[1] Jakość systemu określona w Polskiej Normie „SYSTEMY ALARMOWE".
[2] Przez ochronę zewnętrzną rozumie się policję lub przedsiębiorstwo ochrony osób i mienia.
[3] Przez pracownika ochrony rozumie się osobę odpowiedzialną za realizację ochrony posiadającą odpowiednie uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, kwalifikacje i wyposażenie pozwalające na podjęcie skutecznych działań w ochronie mienia.
[4] Przez jednostkę obliczeniową (j.o.) rozumie się jednostkę określającą wartość limitu, wynoszącą 120-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za ubiegły kwartał, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski".
[5] Przez pomieszczenie do przechowywania wartości pieniężnych rozumie się urządzenie zabezpieczające przed włamaniem, którego ściany wewnętrzne we wszystkich kierunkach w pozycji gdy pomieszczenie to jest zamknięte są dłuższe niż 1 m.

2. Podstawę do określenia klasy urządzeń, pomieszczeń oraz systemów alarmowych zabezpieczających wartości pieniężne stanowią świadectwa badań jakościowych lub kwalifikacyjnych, certyfikaty lub inne dokumenty bądź tabliczki znamionowe wydane przez upoważnioną jednostkę i potwierdzające ich zgodność z obowiązującymi normami.
3. Limity dla pomieszczeń klasy XI, XII i XIII podane w ust. 1 w kolumnie 2 tabeli, mogą być podwyższone w drodze indywidualnej oceny ryzyka.

§ 8

1. Odpowiedzialność za szkody w wartościach pieniężnych powstałe w wyniku rabunku w lokalu ograniczona jest, w ramach limitów określonych w umowie ubezpieczenia, najwyżej do kwot podanych w pkt. 1–3 (poniżej):
   1) limit dla kamieni szlachetnych i pereł, wartości pieniężnych z wyjątkiem złota, srebra, a także platyny i innych metali z grupy platynowców oraz wyrobów z wszystkich wymienionych wcześniej metali, – w zależności od zastosowanych środków bezpieczeństwa:
      a) 0,100 j.o. – brak zabezpieczeń przeciwrabunkowych,
      b) 0,200 j.o. – system sygnalizacji napadu,
      c) 0,300 j.o. – system sygnalizacji napadu włączany automatycznie (np. przycisk banknotowy, kontakt magnetyczny),
      d) 0,150 j.o. – system nadzoru video,
      e) 0,150 j.o. – kamera TV lub inna forma utrwalania obrazu – włączana automatycznie przez system sygnalizacji napadu,
      f) 0,250 j.o. – system znaczenia banknotów (np. „Security Pack”),
      g) 0,125 j.o. – stanowisko kasowe wydzielone przegrodą o wysokości 2,40 m, drzwi zamknięte na klucz,
      h) 0,150 j.o. – stanowisko kasowe wydzielone przegrodą o wysokości 2,40 m odporną na przestrzelenie, drzwi zamknięte na klucz,
      i) 0,400 j.o. – dostęp przez zamykane drzwi z systemem identyfikacji (system kontroli dostępu),
      j) 0,200 j.o. – ochrona przez uzbrojonych pracowników ochrony stale obecnych podczas godzin otwarcia (limit na jednego pracownika ochrony),
      k) 0,400 j.o. – bankomat lub automat kasjerski,
      l) 0,400 j.o. – kasa centralna poza strefą dostępną dla klientów z dostarczaniem gotówki za pomocą zamkniętego systemu przesyłowego (np. poczta pneumatyczna),
   2) limit dla kamieni szlachetnych i pereł, złota, srebra, a także platyny i innych metali z grupy platynowców oraz wyrobów z wszystkich wymienionych wcześniej metali – w zależności od zastosowanych środków bezpieczeństwa:
      a) 0,100 j.o. – brak zabezpieczeń przeciwrabunkowych,
      b) 0,200 j.o. – system sygnalizacji napadu,
      c) 0,300 j.o. – system sygnalizacji napadu włączany automatycznie (np. kontakt magnetyczny),
      d) 0,150 j.o. – system nadzoru video,
      e) 0,150 j.o. – kamera TV lub inna forma utrwalania obrazu – włączana automatycznie przez system sygnalizacji napadu,
      f) 0,200 j.o. – przedmioty wartościowe w zamkniętych gablotach lub meblach,
      g) 0,125 j.o. – minimum dwóch pracowników stale obecnych,
      h) 0,400 j.o. – dostęp przez zamykane drzwi z systemem identyfikacji (system kontroli dostępu),
      i) 0,200 j.o. – ochrona przez uzbrojonych pracowników ochrony stale obecnych podczas godzin otwarcia (limit na jednego pracownika ochrony),
   3) dla wartości pieniężnych przechowywanych w zamkniętych urządzeniach i pomieszczeniach zabezpieczających te wartości odpowiedzialność PZU SA ograniczona jest do limitów określonych w § 7 ust. 1.
2. Przez system sygnalizacji napadu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b rozumie się system znajdujący się w ciągłej gotowości do sygnalizowania zagrożenia poprzez tzw. „cichy alarm” uruchamiany za pomocą zainstalowanych urządzeń wraz z transmisją sygnału alarmowego do policji lub przedsiębiorstwa ochrony osób i mienia bądź wewnętrznych służb ochrony.
   Przyciski alarmowe powinny być zainstalowane na stanowiskach pracy w obszarze obsługi klientów, w pomieszczeniach dla służb ochrony, w każdym stanowisku kasowym oraz innych pomieszczeniach, w których mogą wystąpić zagrożenia napadem.
3. W przypadku równoległego zastosowania kilku zabezpieczeń przeciwrabunkowych limity odpowiedzialności wyznacza suma jednostek obliczeniowych przyporządkowanych tym zabezpieczeniom.
4. Wartości pieniężne przewyższające limity o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 należy zabezpieczyć w zamkniętych urządzeniach lub pomieszczeniach do przechowywania tych wartości z uwzględnieniem limitów określonych w § 7 ust. 1.

§ 9

1. Odpowiedzialność za szkody w wartościach pieniężnych powstałe w wyniku rabunku podczas transportu (przenoszenia lub przewożenia) ograniczona jest, w ramach sumy ubezpieczenia lub limitów określonych w umowie ubezpieczenia, – najwyżej do:
   a) 0,1 j.o. – jeżeli transport chroniony jest wyłącznie przez osobę transportującą,
   b) 0,3 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez jedną nie uzbrojoną osobę niezależnie od osoby transportującej,
   c) 1 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez co najmniej jednego nie uzbrojonego pracownika ochrony niezależnie od osoby transportującej,
   d) 5 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez co najmniej jednego konwojenta uzbrojonego w broń palną ostrą,
   e) 15 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez co najmniej dwóch konwojentów uzbrojonych w broń palną ostrą,
   f) 50 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez co najmniej trzech konwojentów uzbrojonych w broń palną ostrą,
   g) 70 j.o. – jeżeli transport chroniony jest przez co najmniej czterech konwojentów uzbrojonych w broń palną ostrą.
2. Transporty wartości pieniężnych należy wykonywać przy zachowaniu wymogów określonych w aktualnie obowiązujących przepisach prawa.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk dla klienta korporacyjnego

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: Leasing majątkowy

Pełne informacje podane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk dla klienta korporacyjnego ustalonych uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/432/2007 z dnia 26 lipca 2007 roku ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 roku oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/135/2012 z dnia 13 kwietnia 2012 roku i uchwałą nr UZ/430/2015 z dnia 23 grudnia 2015 roku oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia mienia od wszystkich ryzyk dla klienta korporacyjnego należy do działu II, grupa 8 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ubezpieczamy wskazane w polisie mienie stanowiące własność bądź będące w posiadaniu osoby, na rzecz której zawarto ubezpieczenie, na podstawie innego tytułu prawnego w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą m.in. mienie osób trzecich, mienie najmowane, mienie osobiste pracowników;
- ✓ ubezpieczamy mienie znajdujące się w miejscu określonym w umowie ubezpieczenia, a mienie osobiste pracowników ponadto w każdym miejscu pracy zawodowej wykonywanej przez pracownika, z wyłączeniem sytuacji kiedy mienie to znajduje się w miejscu zamieszkania pracownika;
- ✓ odpowiadamy za szkody powstałe w wyniku zaistnienia zdarzeń losowych a także za inne nietypowe szkody w mieniu nie wyłączone w OWU;
- ✓ zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ochronę wartości pieniężnych podczas wykonywania ich transportu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i szkody powstałe m.in. w wyniku rabunku, zniszczenia lub uszkodzenia środka transportu w wyniku wypadku, pożaru, uderzenia pioruna lub wybuchu;
- ✓ sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający i w zależności od kategorii mienia może ona odpowiadać całkowitej wartości mienia albo być niezależna od całkowitej wartości mienia;
- ✓ po wypłacie odszkodowania: przy ubezpieczeniu na podstawie całkowitej wartości mienia np. budynku – suma ubezpieczenia nie jest pomniejszana o wypłacone odszkodowanie; przy ubezpieczeniu, w którym suma ubezpieczenia ustalana jest niezależnie od całkowitej wartości mienia np. nakładów adaptacyjnych – suma ubezpieczenia jest pomniejszana o wypłacone odszkodowanie.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✗ budynków i budowli przeznaczonych do rozbiórki wraz ze znajdującym się w nich mieniem oraz maszyny, urządzenia i wyposażenie przeznaczone do likwidacji;
- ✗ mienia znajdującego się pod ziemią i związane z produkcją wydobywczą;
- ✗ prototypów i eksponatów muzealnych i wystawowych oraz dzieł sztuki i programów komputerowych, chyba że stanowią środki obrotowe;
- ✗ wartości naukowych, zabytkowych, kolekcjonerskich, artystycznych lub pamiątkowych ubezpieczonego mienia.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in za szkody:

- ! będące bezpośrednim lub pośrednim następstwem skażenia lub zanieczyszczenia środowiska (gleby, powietrza, wody);
- ! powstałe w następstwie nieprzestrzegania przepisów w zakresie eksploatacji i konserwacji budynków, budowy i eksploatacji urządzeń technicznych, jeżeli miało to wpływ na zajście szkody;
- ! powstałe w następstwie przechowywania mienia w sposób niezgodny z zaleceniami producenta i wymogami technicznymi, w tym powstałe wskutek zalania od podłoża mienia składowanego bądź przechowywanego w pomieszczeniach usytuowanych poniżej poziomu gruntu, jeżeli ubezpieczone mienie było składowane lub przechowywane poniżej 10 cm ponad podłogą;
- ! powstałe wskutek gradu, naporu śniegu lub lodu, lub deszczu nawalnego poprzez niezamknięte, nieszczelne lub niezabezpieczone okna, drzwi lub inne otwory, jeżeli obowiązek ich zamknięcia lub zabezpieczenia należał do ubezpieczonego;
- ! kradzieży mienia, z wyłączeniem szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku;
- ! powstałe w następstwie katastrofy budowlanej, osiadania, zapadnięcia się, wyniesienia, spękania lub ekspansji elementów konstrukcji budynków, chyba że nastąpiły one jako rezultat wcześniejszego zaistnienia innego zdarzenia losowego objętego ochrona ubezpieczeniową;
- ! powstałe w wyniku utraty, uszkodzenia, zniekształcenia lub niedostępności danych lub oprogramowania, w szczególności polegające na niekorzystnej zmianie w danych lub oprogramowaniu spowodowane zniszczeniem, uszkodzeniem lub inną deformacją ich oryginalnej struktury oraz polegające na niedziałaniu lub nieprawidłowym działaniu sprzętu elektronicznego, nośników informacji lub wbudowanych układów scalonych;

! spowodowane przez przyczyny działające stopniowo m.in. wady projektowe, materiałowe, konstrukcyjne, złe wykonanie lub błędy w produkcji, wady ukryte – w zakresie szkód wyrządzonych w mieniu dotkniętym tymi wadami, złym wykonaniem lub błędami.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek m.in.:
- podać wszystkie dane, o które zapytujemy przy zawarciu umowy;
- najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach powstałych w trakcie ubezpieczenia;
- utrzymywać we własnym zakresie i na własny koszt będące przedmiotem ubezpieczenia zajmowane i wykorzystywane pomieszczenia, budynki, budowle, maszyny, urządzenia i wyposażenie oraz ich zabezpieczenia w dobrym stanie technicznym;
- eksploatować posiadane mienie zgodnie z zaleceniami i wskazówkami producenta lub dostawcy tego mienia;
- stosować się do norm, zaleceń i wymogów organów administracji państwowej i samorządowej dotyczących bezpieczeństwa prowadzonej działalności;
- najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o szkodzie lecz nie później niż 3 dni od momentu, kiedy uzyska wiedzę o zdarzeniu;
- podjęcia współpracy z nami w zbadaniu szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach.
Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa, trwa:
- od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia lub później. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W razie braku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka;
- od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia – nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, po jego upływie rozwiążemy umowę.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in:
- z końcem okresu ubezpieczenia albo, w dniu odstąpienia;
- w dniu, w którym suma ubezpieczenia się wyczerpie – w odniesieniu do mienia będącego przedmiotem ubezpieczenia na pierwsze ryzyko lub wraz z wyczerpaniem limitu odpowiedzialności na wszystkie zdarzenia losowe w okresie ubezpieczenia, w odniesieniu wyłącznie do mienia lub kosztów dla których ustalony został w umowie ubezpieczenia taki limit i w zakresie objętym tym limitem;
- w dniu, w którym ubezpieczający otrzyma pisemne wypowiedzenie umowy ze skutkiem natychmiastowym;
- po 7 dniach od otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki – pod warunkiem, że w wezwaniu poinformowaliśmy go, że ochrona wygaśnie, jeśli ubezpieczający nie zapłaci w tym czasie.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy:
- w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli jest konsumentem;
- w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MASZYN I SPRZĘTU BUDOWLANEGO OD USZKODZEŃ

ustalone uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r. i uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r., ustalonych uchwałą nr UZ/430/2015 z dnia 23 grudnia 2015 r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	OWU: § 1 ust. 2, § 2, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 ust. 1–6 i ust. 8, § 9 ust. 1–6, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14 ust. 1, 2, § 15, § 16, § 18 ust. 13. Załącznik nr 1 do OWU Klauzula ubezpieczenia maszyn pracujących pod powierzchnią ziemi: ust. 1 i ust. 3, Klauzula ubezpieczenia maszyn pracujących na sprzęcie pływającym na wodach śródlądowych: ust. 1 i ust. 3–4, Klauzula ubezpieczenia maszyn wiertniczych do wiercenia studni wodnych: ust. 1 i ust. 3, Klauzula ubezpieczenia maszyn poza granicami RP, Klauzula ubezpieczenia kosztów usunięcia pozostałości po szkodzie: ust. 1–4, Klauzula (006) ubezpieczenia dodatkowych kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych, w dni wolne od pracy oraz frachtu ekspresowego: ust. 1–2;

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Klauzula (007) ubezpieczenia dodatkowych kosztów frachtu lotniczego ust. 1–3; klauzula ubezpieczenia maszyn we wskazanych lokalizacjach.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 1 ust. 2, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8 ust. 1–6 i ust. 8, § 9 ust. 1–6, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14 ust. 1, 2, § 15, § 16, § 18 ust. 13. Załącznik nr 1 do OWU Klauzula ubezpieczenia maszyn pracujących pod powierzchnią ziemi: ust. 1–3, Klauzula ubezpieczenia maszyn pracujących na sprzęcie pływającym na wodach śródlądowych: ust. 1–4, Klauzula ubezpieczenia maszyn wiertniczych do wiercenia studni wodnych: ust. 1–2, Klauzula ubezpieczenia maszyn poza granicami RP, Klauzula ubezpieczenia kosztów usunięcia pozostałości po szkodzie: ust. 1–4, Klauzula (006) ubezpieczenia dodatkowych kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych, w dni wolne od pracy oraz frachtu ekspresowego: ust. 1–3, Klauzula (007) ubezpieczenia dodatkowych kosztów frachtu lotniczego, Klauzula ubezpieczenia maszyn we wskazanych lokalizacjach: ust. 1–4.

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego (zwanych dalej „maszynami") od uszkodzeń (zwane dalej „OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną (zwaną dalej „PZU SA") a osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi oraz osobami fizycznymi, prowadzącymi działalność gospodarczą (zwanymi dalej „Ubezpieczającym").
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego). Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
   1) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu;
   2) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od PZU SA, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże takie uzgodnienie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł;
   3) Ubezpieczony może żądać by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Postanowienia te powinny być sporządzone na piśmie.
4. PZU SA zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Postanowienia nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
5. Jeżeli w umowie ubezpieczenia wprowadzone zostały dodatkowe lub odmienne postanowienia umowne, mają one pierwszeństwo przed odpowiednimi postanowieniami OWU.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszych OWU użyte niżej określenia oznaczają:

1) **maszyny budowlane** – ciężkie urządzenia techniczne wykorzystywane do prac budowlanych, wykonujące swoją pracę w ruchu i pod kontrolą uprawnionego operatora (np. koparki, ładowarki, żurawie);
2) **sprzęt budowlany** – powszechnie stosowane pomocnicze urządzenia techniczne wykorzystywane do prac budowlanych, wykonujące swoją pracę bez konieczności wykonywania ruchu lub bez kontroli operatora (np. systemy rusztowań, kontenery zaplecza budowy, sprzęt spawalniczy);
3) **Ubezpieczający** – osoba prawna, jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lub osoba fizyczna, prowadząca działalność gospodarczą, zawierająca umowę ubezpieczenia;
4) **Ubezpieczony** – osoba prawna, jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lub osoba fizyczna, prowadząca działalność gospodarczą, która zawarła umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
5) **zasady przechowywania maszyn w miejscu ubezpieczenia** – maszyny, których umieszczenie ze względu na ich rozmiary lub z innych powodów w zamkniętym obiekcie nie jest możliwe, mogą przechowywane być na placu budowy lub w innej lokalizacji, pozostałe maszyny przechowywane muszą być w zamkniętych obiektach;
6) **kradzież z włamaniem** – zabór maszyn lub ich części w celu przywłaszczenia, którego sprawca dokonał z miejsca ubezpieczenia bądź z zamkniętego środka transportowego, po usunięciu przy użyciu siły i narzędzi wymaganych zabezpieczeń przeciwkradzieżowych miejsca ubezpieczenia, zabezpieczeń środka transportowego oraz zabezpieczeń maszyn lub otworzeniu zabezpieczeń kluczem oryginalnym, który zdobył przez kradzież z włamaniem z innego obiektu lub w wyniku rabunku;
7) **rabunek** – zabór maszyn lub ich części w celu przywłaszczenia, dokonany przy zastosowaniu przemocy fizycznej bądź groźby natychmiastowego użycia takiej przemocy wobec Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osoby przez nich upoważnionej, obsługującej maszynę lub sprawującej nad nią dozór albo w wyniku doprowadzenia do stanu nieprzytomności lub bezbronności tej osoby;
8) **wymagane zabezpieczenia przeciwkradzieżowe miejsca ubezpieczenia**:
   a) **plac budowy oraz inna lokalizacja** – oświetlony, trwale ogrodzony teren, z bramą zabezpieczoną w taki sposób aby niemożliwy był wstęp, wjazd bądź wyjazd osoby nieuprawnionej oraz pozostający pod stałym dozorem,
   b) **zamknięty obiekt** – znajdujący się na placu budowy lub na terenie innej lokalizacji obiekt kontenerowy, budynek bądź jego część lub inna budowla, użytkowany wyłącznie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w którym przechowywane są ubezpieczone maszyny, wyposażony w zamknięte na zamek lub kłódkę drzwi oraz posiadający zabezpieczone (oszklone lub okratowane) okna i inne otwory zewnętrzne;
9) **zabezpieczenia maszyn** – przewidziane konstrukcyjnie i sprawne technicznie, zamknięte urządzenia zabezpieczające, uniemożliwiające osobom nieupoważnionym dostęp do wnętrza maszyny bez uprzedniego pokonania zabezpieczeń przy użyciu siły i narzędzi;
10) **zabezpieczenia środka transportowego** – przewidziane konstrukcyjnie i sprawne technicznie, zamknięte urządzenia zabezpieczające, uniemożliwiające zabór maszyny bez użycia siły i narzędzi;
11) **dozór** – całodobowa ochrona wykonywana przez co najmniej jedną wyznaczoną do tego celu osobę pełnoletnią spośród personelu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub przez pracowników koncesjonowanego przedsiębiorstwa ochrony osób i mienia;
12) **suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU SA za szkody powstałe w okresie ubezpieczenia;
13) **wartość odtworzeniowa** – koszt wymiany utraconej, zniszczonej albo uszkodzonej maszyny na maszynę nową tego samego typu i o tych samych lub w przypadku kiedy jest to niemożliwe, najbardziej zbliżonych parametrach technicznych z uwzględnieniem kosztów (jeżeli występują) transportu, montażu oraz cła i innych tego typu opłat;
14) **wartość księgowa brutto** – księgowa wartość początkowa maszyny z uwzględnieniem przeszacowań wynikających z przepisów ogólnych;
15) **wartość rzeczywista** – koszt wymiany utraconej, zniszczonej albo uszkodzonej maszyny na maszynę nową tego samego typu i o tych samych lub w przypadku kiedy jest to niemożliwe, najbardziej zbliżonych parametrach technicznych z potrąceniem procentowo określonego stopnia zużycia technicznego do dnia powstania szkody oraz z uwzględnieniem kosztów (jeżeli występują) transportu, montażu oraz cła i innych tego typu opłat;
16) **szkoda całkowita** – koszty wymiany utraconej maszyny bądź koszty naprawy zniszczonej albo uszkodzonej maszyny przekraczają wartość rzeczywistą maszyny;
17) **szkoda częściowa** – koszty wymiany utraconej maszyny bądź koszty naprawy zniszczonej albo uszkodzonej maszyny nie przekraczają wartości rzeczywistej maszyny;

18) **udział własny** – określona w umowie ubezpieczenia kwotowo lub procentowo część szkody, o jaką pomniejszana będzie wysokość odszkodowania.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są maszyny, użytkowane zgodnie z ich przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być wyłącznie maszyny, które włączone zostały do eksploatacji, pozytywnie przeszły próby i testy, są sprawne oraz posiadają wymagane: atesty, aprobaty, pozwolenia, certyfikaty, badania techniczne oraz dokumentację techniczno-ruchową (DTR).
3. Ubezpieczeniem objęte są maszyny w czasie ruchu bądź postoju, w czasie montażu albo demontażu na stanowisku pracy, załadunku albo rozładunku na albo ze środka transportowego oraz w czasie dokonywanych przez posiadacza siłami własnymi napraw oraz czynności konserwacyjnych.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   1) maszyn pracujących pod powierzchnią ziemi, chyba że zostanie rozszerzone o odpowiednią klauzulę wymienioną w Załączniku Nr 1 od OWU;
   2) maszyn pływających albo maszyn pracujących na wszelkiego rodzaju sprzęcie pływającym oraz pojazdach szynowych, chyba że zostanie rozszerzone o odpowiednią klauzulę wymienioną w Załączniku Nr 1 do OWU;
   3) samochodów osobowych, osobowo-ciężarowych oraz ciężarowych w nadwoziu osobowego;
   4) sprzętu elektronicznego wraz z oprogramowaniem i bazami danych oraz sprzętu optycznego, wykorzystywanych do prac budowlanych;
   5) części zapasowych do maszyn, materiałów eksploatacyjnych oraz materiałów pomocniczych nie związanych bezpośrednio z prowadzonymi pracami budowlanymi;
   6) mienia osobistego pracowników znajdującego się w pomieszczeniach zaplecza budowy oraz dokumentacji dotyczącej budowy, wartości pieniężnych, opakowań oraz innego mienia nie ubezpieczonego w ramach OWU.

MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Miejscem ubezpieczenia są place budów, na których zgodnie z podpisanymi kontraktami na wykonanie robót znajdują się ubezpieczone maszyny oraz inne wskazane przez Ubezpieczającego i określone w dokumencie ubezpieczenia (polisie) lokalizacje związane z prowadzoną działalnością gospodarczą.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również maszyny w czasie ich przemieszczania się lub transportowania na środku transportowym będącym własnością bądź będącym na podstawie tytułu prawnego w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego pomiędzy miejscami ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są maszyny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Za opłatą dodatkowej składki oraz określeniem dodatkowych warunków, ochrona ubezpieczeniowa rozszerzona może zostać poza granice Rzeczypospolitej Polskiej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

1. PZU SA odpowiada za szkody w ubezpieczonych maszynach powstałe w okresie ubezpieczenia z przyczyn nagłych, nieprzewidzianych i niezależnych od woli Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile szkody te nie powstaną z przyczyny wyraźnie wyłączonej z zakresu ubezpieczenia w dalszej części OWU lub postanowieniach dodatkowych.
2. Do szkód, o których mowa w ust. 1, za które PZU SA ponosi odpowiedzialność należą przykładowo szkody spowodowane przez:
   1) błędy w obsłudze maszyn powodujące kolizje z innymi maszynami na placu budowy, wpadnięcie do wykopu lub przewrócenie się maszyny;
   2) powódź, deszcz nawalny, działanie wiatru, bezpośrednie uderzenie pioruna, grad, obsunięcie się ziemi lub lawinę;
   3) kradzież z włamaniem, rabunek;
   4) zniszczenie lub uszkodzenie przez osoby trzecie;
   5) ogień, eksplozję, upadek statku powietrznego, zalanie przez wydostanie się ze znajdujących się w miejscu ubezpieczenia urządzeń lub instalacji wody lub innych cieczy.
3. Za szkodę uważa się utratę, zniszczenie lub uszkodzenie maszyny, uniemożliwiające dalsze spełnianie zamierzonych funkcji i powodujące konieczność jej naprawy bądź wymiany.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. W ramach niniejszego ubezpieczenia PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za szkody będące następstwem:
   1) działań wojennych, wojny domowej, przewrotu wojskowego, powstania zbrojnego, rewolucji, wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, aktów sabotażu, rozruchów lub zamieszek społecznych, strajków, lokautu, aktów terroryzmu lub skutków działań przedsięwziętych w związku z kontrolowaniem, zapobieganiem lub zwalczaniem skutków wymienionych zdarzeń;
   2) planowanej lub realizowanej przez właściciela zakładu pracy likwidacji zakładu lub miejsc pracy;
   3) konfiskaty lub zajęcia ubezpieczonych maszyn przez uprawnione władze;
   4) działania energii jądrowej, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego, działania pola elektro-magnetycznego lub magnetycznego;
   5) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności, przy czym przez winę Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną należy rozumieć winę:
      a) w przedsiębiorstwach państwowych – dyrektora lub jego zastępców,
      b) w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkach akcyjnych – członków zarządu lub prokurentów,
      c) w spółkach komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariuszy lub prokurentów,
      d) w spółkach jawnych – wspólników lub prokurentów,
      e) w spółkach partnerskich – partnerów lub członków zarządu lub prokurentów,
      f) w spółkach cywilnych – wspólników,
      g) w spółdzielniach, fundacjach i stowarzyszeniach – członków zarządu,
   6) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa kierownika budowy, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
   7) wad lub usterek istniejących przed rozpoczęciem odpowiedzialności PZU SA i znanych Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu lub ich przedstawicielom, niezależnie od tego, czy o takich wadach lub defektach wiedział PZU SA;
   8) szkód górniczych w rozumieniu prawa geologicznego lub górniczego.

2. Ponadto PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za:
1) szkody spowodowane trzęsieniem ziemi, wybuchem wulkanu lub tsunami;
2) szkody spowodowane awarią mechaniczną lub elektryczną, zamarznięciem płynów chłodzących lub innych płynów, zatarciem części spowodowanym wadliwym smarowaniem lub brakiem oleju, przegrzaniem na skutek braku płynów chłodzących; jeżeli jednak w następstwie powyższych zdarzeń nastąpi szkoda w zewnętrznych częściach lub elementach maszyny, szkody takie objęte są ubezpieczeniem w ramach OWU;
3) szkody w materiałach eksploatacyjnych lub pomocniczych;
4) szkody w wymienialnych narzędziach lub częściach, filtrach, bezpiecznikach elektrycznych, żarówkach, lampach, w częściach, które z uwagi na swoje przeznaczenie, charakter użytkowania lub właściwości ulegają szybkiemu zużyciu lub podlegają okresowej wymianie, w częściach maszyn wykonanych z gumy, tkanin, filcu i innych materiałów uszczelniających, szkła, ceramiki oraz szkody w oponach, akumulatorach, pasach, łańcuchach, kablach, linach lub wężach elastycznych, chyba że szkody takie są bezpośrednim następstwem szkody w ubezpieczonej maszynie, za którą PZU SA ponosi odpowiedzialność w ramach OWU;
5) szkody spowodowane częściowym lub całkowitym zalaniem przez regularne przypływy morza;
6) szkody w maszynach podlegających obowiązkowi rejestracji, chyba że szkody takie powstały na placu budowy,
7) szkody w czasie transportu maszyn:
   a) powstałe wskutek wypadku środka transportowego, jeżeli wypadek został spowodowany jego złym stanem technicznym,
   b) powstałe podczas kierowania środkiem transportu przez osobę, która znajdowała się w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub znajdowała się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
   c) powstałe podczas kierowania środkiem transportu przez osobę, która znajdowała się pod wpływem środków farmaceutycznych lub leków, po użyciu których przeciwwskazane jest kierowanie środkami transportu,
   d) powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania lub opakowania, niezgodnego z obowiązującymi normami lub zwyczajami lub braku opakowania ubezpieczonych maszyn,
8) szkody powstałe w wyniku i w czasie przeprowadzanych prób lub testów, z wyjątkiem prób dokonywanych w związku z okresowymi badaniami eksploatacyjnymi (oględzinami i przeglądami), a także powstałe w wyniku zamierzonego przeciążenia, doświadczeń lub eksperymentów;
9) szkody, za które odpowiedzialny jest producent, sprzedawca, dostawca lub zakład naprawczy z mocy prawa lub zawartej umowy;
10) szkody powstałe z powodu normalnego zużycia lub naturalnego procesu starzenia się lub wskutek kawitacji, korozji, powolnego działania środków żrących lub przywierania osadów;
11) szkody spowodowane kradzieżą maszyn, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem oraz rabunku lub ich usiłowania, za które PZU SA w ramach niniejszych OWU ponosi odpowiedzialność;
12) szkody spowodowane zaginięciem oraz szkody wykryte dopiero podczas inwentaryzacji lub rutynowych przeglądów;
13) szkody będące skutkiem działania lub zaniechania pracowników Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, którzy znajdowali się w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub znajdowali się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
14) szkody powstałe na skutek obsługiwania maszyn przez osoby nie posiadające wymaganych uprawnień, określonych właściwymi przepisami, a także jeżeli maszynę eksploatowano niezgodnie z obowiązującymi przepisami lub przeznaczeniem;
15) szkody powstałe w następstwie eksploatacji nie naprawionej lub źle naprawionej maszyny;
16) utracone korzyści, utratę wartości rynkowej, utratę rynku, utratę przychodu, utratę dochodu, utratę zysku, zwiększone koszty działalności powstałe w wyniku szkody, straty powstałe wskutek opóźnienia lub niewypełnienia zobowiązań, utratę kontraktów, rabatów, licencji, oraz za kary umowne, kary pieniężne, grzywny sądowe lub administracyjne, podatki, należności publicznoprawne, opłaty manipulacyjne, odszkodowania o charakterze karnym, koszty procesów, koszty administracyjne, koszty najmu lub użycia przedmiotów zastępczych lub szkody pośrednie.

3. W przypadku Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną, wyłączenia określone w ust. 2 pkt 7 lit. b i c, pkt 13 i pkt 14 mają zastosowanie jedynie w przypadku, gdy okoliczności, o których mowa w tych wyłączeniach, miały wpływ za zajście wypadku ubezpieczeniowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Suma ubezpieczenia maszyn zgłoszonych do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego powinna odpowiadać wartości odtworzeniowej albo wartości księgowej brutto.

2. Każdorazowa wypłata odszkodowania powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia utraconej, uszkodzonej albo zniszczonej maszyny o wypłaconą kwotę. Ubezpieczający może uzupełnić sumę ubezpieczenia opłacając dodatkową, ustaloną z PZU SA składkę uzupełniającą, przy czym w przypadku opłacenia składki uzupełniającej, PZU SA ponosi odpowiedzialność w ramach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki, chyba że w umowie przewidziano inny termin początku odpowiedzialności.

3. Zgłoszona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia dla poszczególnej maszyny jest podstawą do obliczenia składki ubezpieczeniowej.

4. Jeżeli w okresie ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości będących podstawą kalkulacji sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może w porozumieniu z PZU SA podwyższyć sumę ubezpieczenia za opłaceniem dodatkowej składki. Jeżeli nie umówiono się inaczej, PZU SA ponosi odpowiedzialność w ramach podwyższonej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu dodatkowej składki.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku – kwestionariusza, który wraz z innymi dokumentami wyszczególnionymi w dokumencie ubezpieczenia (polisie) stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Wniosek – kwestionariusz powinien zawierać odpowiedzi na wszystkie postawione w nim pytania. Wniosek – kwestionariusz zawiera między innymi:
1) nazwę i adres Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego;
2) miejsce lub miejsca ubezpieczenia;
3) okres ubezpieczenia;
4) wykaz maszyn z podaniem ich danych identyfikacyjnych: numer identyfikacyjny – fabryczny, inwentarzowy, numer

rejestracyjny (jeżeli maszyna podlega obowiązkowi rejestracji), typ, model, rok produkcji, producent;
5) rodzaj wartości w jakiej ubezpieczane są maszyny oraz sumę ubezpieczenia oddzielnie dla każdej ubezpieczanej maszyny;
6) wymagany zakres ubezpieczenia;
7) formę własności maszyn;
8) informacje o szkodach z poprzednich 3 lat.

3. PZU SA może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z oceną ryzyka oraz od inspekcji przedmiotu ubezpieczenia i miejsca ubezpieczenia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. PZU SA zastrzega sobie także prawo żądania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji, jeżeli uzna, że dotychczas otrzymane nie są wystarczające do prawidłowej oceny ryzyka.

4. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytuje 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 jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU SA o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 4, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

7. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4–6, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4–6 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.

8. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na okres roczny albo okres krótszy od roku (ubezpieczenie krótkoterminowe).

9. Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w ust. 10, w razie wątpliwości umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia dokumentu ubezpieczenia (polisy).

10. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU SA doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia (polisę) zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego od treści złożonej przez niego oferty, PZU SA zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia (polisy) następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

11. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA na podstawie taryfy składek obowiązującej w PZU SA w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem rodzaju maszyn i sprzętu budowlanego, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz obniżek i podwyżek składki wynikających z oceny ryzyka, ograniczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, jednorazowej opłaty składki, posiadania innych ubezpieczeń maszyn i sprzętu budowlanego w PZU SA, kompleksowości ubezpieczenia, wysokości udziału własnego, przebiegu ubezpieczenia, kontynuacji ubezpieczenia w PZU SA.

12. Składka nie podlega indeksacji.

13. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej lub w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej. Na wniosek Ubezpieczającego zapłata składki może być rozłożona na raty.

14. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego, za datę zapłaty uważa się datę złożenia zlecenia zapłaty w banku na właściwy rachunek PZU SA pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość wolnych środków. Jeżeli zapłata składki lub raty składki dokonywana jest w formie przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się datę stempla pocztowego. W innym przypadku za datę zapłaty uważa się datę, w której pełna kwota składki lub jej raty znalazła się na rachunku PZU SA w taki sposób, że mógł nią dysponować.

15. Wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty rat składki w terminach określonych w umowie ubezpieczenia, przy czym w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jeżeli odszkodowanie lub suma tego odszkodowania i odszkodowań dotąd wypłaconych powoduje wyczerpanie sumy ubezpieczenia, raty składki, których termin płatności przypada po dniu wypłaty odszkodowania, stają się natychmiast wymagalne i płatne w dniu wypłaty odszkodowania. W przypadku odmowy wypłaty odszkodowania, terminy płatności rat składki, których płatność zgodnie z terminami określonymi w umowie ubezpieczenia przypada po dniu doręczenia oświadczenia o odmowie wypłaty odszkodowania, nie ulegają zmianie.

16. W razie ujawniania okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, chyba że w umowie przewidziano inny termin początku odpowiedzialności.

2. Jeżeli PZU SA ponosi odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w ustalonym terminie, PZU SA może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy, wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.

3. W razie opłacania składki w ratach, jeżeli kolejna rata składki nie została zapłacona w terminie, PZU SA po upływie terminu płatności tej raty może wezwać Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności.

4. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU SA nie poinformował

Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie do 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 PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

5. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie praw wymaga zgody PZU SA. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia przechodzą także obowiązki, jakie ciążyły na zbywcy, chyba że strony za zgodą PZU SA umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Postanowień niniejszego ustępu nie stosuje się przy przenoszeniu wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.
6. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia (polisie);
   2) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub odszkodowań;
   3) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w sytuacji, o której mowa w § 8 ust. 16;
   4) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 2;
   5) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki, o którym mowa w ust. 3;
   6) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 4;
   7) z chwilą przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia, jeżeli nie dokonano przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w ust. 5.
7. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO LUB UBEZPIECZONEGO

§ 10

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest:
   1) podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności istotne do oceny ryzyka, ustalenia zakresu odpowiedzialności i mające wpływ na wysokość składki, o które PZU SA zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach; jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane; jeżeli PZU SA zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne;
   2) sporządzić i dostarczyć PZU SA wykaz ubezpieczanych maszyn z podaniem ich danych identyfikacyjnych: numer identyfikacyjny – fabryczny, inwentarzowy, numer rejestracyjny (jeżeli maszyna podlega obowiązkowi rejestracji), typ, model, rok produkcji, producent oraz z podaniem rodzaju wartości, w jakiej ma być ubezpieczona maszyna, sumy ubezpieczenia, formy własności oraz informacji o szkodach z poprzednich 3 lat, bez względu na to, czy maszyny były wcześniej objęte ochroną ubezpieczeniową i czy za szkodę zostało wypłacone odszkodowanie, z podaniem przyczyny powstania szkody, jej wysokości oraz kwoty otrzymanego odszkodowania.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest przestrzegać ogólnie obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstawaniu szkody, przepisów prawa budowlanego, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, przepisów o ochronie osób i mienia, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów normalizacji i certyfikacji, przepisów o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz wykonywaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami.
3. Ponadto Ubezpieczajacy lub Ubezpieczony zobowiązany jest we własnym zakresie i na własny koszt:
   1) utrzymywać ubezpieczone maszyny w dobrym stanie technicznym i podejmować środki ostrożności w celu zapobiegania wypadkom mogącym spowodować szkody w ubezpieczonych maszynach; w przypadku użytkowania maszyn nad brzegiem rzek lub zbiorników wodnych, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest śledzić komunikaty Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej lub innych organizacji podających informacje o poziomie wody w rzekach oraz nadchodzących falach powodziowych, a w sytuacji pojawienia się zagrożenia powodziowego ewakuować zagrożone maszyny na nie zagrożony teren;
   2) przestrzegać zasad przechowywania maszyn w miejscu ubezpieczenia;
   3) prowadzić dokumentację techniczno-ruchową ubezpieczonych maszyn i przestrzegać zawartych w niej wymogów;
   4) prowadzić staranny dobór pracowników, organizować pracę zgodnie z ich kwalifikacjami oraz sprawować nad nimi kontrolę;
   5) stosować się do wszystkich ustawowych wymagań, zaleceń i nakazów dokonanych przez władze;
   6) stosować się do wymagań i zaleceń producenta maszyn.
4. PZU SA przysługuje, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, prawo do inspekcji przedmiotu ubezpieczenia i miejsca ubezpieczenia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz sformułowania ewentualnych rekomendacji i zaleceń dotyczących kontroli tego ryzyka. Koszty takiej inspekcji pokrywa w całości PZU SA, o ile nie umówiono się inaczej.
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest stosować się do zaleceń PZU SA, mających na celu zapobieganie szkodom.
6. W razie zajścia wypadku Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia, zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
   2) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
7. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków, o których mowa w ust. 6 pkt 1, PZU SA jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
8. Ubezpieczający lub Ubezpieczony ma obowiązek zawiadomienia PZU SA o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia uzyskania wiadomości o wypadku.
9. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 8, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku nie następują, jeżeli PZU SA w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

10. W razie powstania szkody Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
1) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od chwili uzyskania wiadomości o szkodzie, powiadomić PZU SA o szkodzie, podając rodzaj i rozmiar szkody;
2) niezwłocznie, nie później niż w ciągu 2 dni od chwili uzyskania wiadomości o szkodzie, zawiadomić policję o każdej szkodzie mogącej powstać wskutek przestępstwa (w tym kradzieży z włamaniem lub rabunku);
3) bez dokonywania zmian pozostawić miejsce szkody do czasu oględzin przez przedstawiciela PZU SA, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody. PZU SA nie może powoływać się na ten zakaz, jeżeli nie rozpoczął czynności likwidacyjnych w ciągu 7 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o powstaniu szkody;
4) udzielić przedstawicielowi PZU SA pomocy i wyjaśnień w ustalaniu okoliczności powstania szkody, jej przedmiotu i wysokości oraz przedstawić dowody niezbędne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA;
5) sporządzić na własny koszt i przedstawić PZU SA w ustalonym terminie i formie rachunek szkody wraz z dokumentacją źródłową, stanowiącą podstawę sporządzenia rachunku szkody.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ZWROT KOSZTÓW

§ 11

1. Jako wysokość szkody w maszynach przyjmuje się:
1) przy szkodzie częściowej – określoną na dzień powstania szkody wartość kosztów naprawy uszkodzonej maszyny z uwzględnieniem kosztów demontażu oraz (jeżeli występują i zostały uwzględnione w sumie ubezpieczenia) kosztów transportu, montażu, cła i innych tego typu opłat;
2) przy szkodzie całkowitej – określoną na dzień powstania szkody wartość kosztów wymiany utraconej, zniszczonej albo uszkodzonej maszyny na maszynę nową tego samego typu i o tych samych lub w przypadku kiedy jest to niemożliwe, najbardziej zbliżonych parametrach technicznych z potrąceniem procentowo określonego stopnia zużycia technicznego do dnia powstania szkody oraz z uwzględnieniem kosztów (jeżeli występują i zostały uwzględnione w sumie ubezpieczenia) transportu, montażu oraz cła i innych tego typu opłat.

2. Przy ustalaniu wysokości szkody obowiązują następujące zasady:
1) rachunek kosztów wymiany albo naprawy przedłożony przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego podlega weryfikacji przez PZU SA;
2) jeżeli naprawa jest wykonywana we własnym zakresie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, PZU SA zwraca koszt materiałów i płac poniesiony w celu naprawy oraz uzasadnioną kwotę na pokrycie kosztów ogólnych;
3) koszt takiej naprawy nie powinien być wyższy od średniego kosztu naprawy, jaki byłby poniesiony w przypadku naprawy dokonywanej przez firmę zewnętrzną (zakład naprawczy);
4) jeżeli naprawa wykonywana jest przez zakład naprawczy i koszt takiej naprawy w istotny sposób różni się od ustaleń dokonanych przez PZU SA dotyczących wysokości szkody na podstawie analizy cen funkcjonujących na rynku usług oferowanych przez inne zakłady naprawcze, PZU SA może przedstawione przez zakład naprawczy rachunki kosztów naprawy odpowiednio zweryfikować do średnich cen osiągalnych na rynku;
5) przy ustalaniu wysokości szkody nie uwzględnia się kosztów wynikających z braku części zamiennych lub materiałów potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą;
6) wysokość szkody zmniejsza się o wartość pozostałości, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki, odbudowy lub sprzedaży;
7) nie uwzględnia się kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, nocnych, w dni wolne od pracy oraz frachtu ekspresowego lub lotniczego, o ile koszty te nie były przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia;
8) nie uwzględnia się kosztów modernizacji lub ulepszeń uszkodzonych maszyn;
9) koszt prowizorycznych napraw zwracany jest tylko wtedy, gdy naprawy te stanowią część napraw końcowych i nie podwyższają całkowitego kosztu naprawy.

3. PZU SA zobowiązany jest zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa § 10 ust. 6 pkt 1 jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

4. Ponadto dobrowolne świadczenia Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na rzecz osób trzecich, które w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego brały udział w zabezpieczaniu mienia lub akcji ratowniczej jego dotyczącej, będą podlegały zwrotowi, jeżeli PZU SA wyraził na to zgodę.

5. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3 i 4, następuje w granicach sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia, zagrożonych zniszczeniem objętych akcją ratowniczą lub dotkniętych szkodą, dla których takie sumy zostały ustalone. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, gdy koszty te zostały poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na polecenie PZU SA. Suma zwracanych kosztów łącznie z odszkodowaniem za ubezpieczone mienie nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia ustalonej dla poszczególnych składników mienia.

6. W przypadku niedoubezpieczenia mienia tj. zaniżenia sumy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, świadczenie wypłacane przez PZU SA tytułem zwrotu kosztów wymienionych w ust. 4 jest zmniejszane w takim stosunku jak odszkodowanie tj. proporcjonalnie do stopnia zaniżenia sumy ubezpieczenia mienia.

7. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 4, zostały poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego łącznie w odniesieniu do mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego, a nie jest możliwe ich przyporządkowanie do danej części mienia, PZU SA pokrywa poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego koszty w takiej proporcji w jakiej pozostaje wartość mienia ubezpieczonego do łącznej wartości mienia ubezpieczonego i nieubezpieczonego. Jeżeli ustalenie proporcji nie jest możliwe, PZU SA pokryje 50% poniesionych kosztów.

USTALENIE WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 12

1. PZU SA wypłaca należne odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, nie większej jednak od kwoty stanowiącej górną granicę odpowiedzialności.

2. Górną granicę odpowiedzialności PZU SA stanowi zadeklarowana suma ubezpieczenia poszczególnej maszyny.

3. Jeżeli zadeklarowana suma ubezpieczenia maszyny jest na dzień powstania szkody niższa niż wartość odtworzeniowa (niedoubezpieczenie), to PZU SA wypłaci odszkodowanie jedynie w takiej proporcji, w jakiej zadeklarowana przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia pozostaje do wartości odtworzeniowej. Zmniejszenia odszkodowania nie stosuje się jeżeli wysokość szkody nie przekracza 20% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia.

4. Jeżeli suma ubezpieczenia przewyższa wymaganą zgodnie z powyższym ust. 3 wartość maszyny (ubezpieczenie powyżej wartości), to PZU SA odpowiada tylko do faktycznej wysokości szkody.

5. Jeżeli umowa ubezpieczenia obejmuje więcej niż jedną maszynę, to każda z ubezpieczonych maszyn podlega z osobna postanowieniom powyższych ust. 1–4.

6. Od wartości wyliczonego odszkodowania potrąca się udział własny w szkodzie określony w dokumencie ubezpieczenia (polisie). W przypadku zdarzenia, w którym szkodzie uległa więcej niż jedna maszyna, od wysokości odszkodowania potrąca się jeden najwyższy udział własny przewidziany dla maszyn dotkniętych szkodą.
7. Ustalenie wysokości szkody przeprowadza PZU SA przy współudziale Ubezpieczonego lub jego przedstawicieli. Koszty związane z ustaleniem wysokości szkody PZU SA i Ubezpieczony ponoszą we własnym zakresie.

POSTĘPOWANIE RZECZOZNAWCÓW

§ 13

1. Ubezpieczający i PZU SA mogą uzgodnić w umowie lub PZU SA i Ubezpieczony mogą zażądać, by przyczyny i wysokość szkody została ustalona przez rzeczoznawców.
2. Ekspertyzy rzeczoznawców powinny zawierać co najmniej:
   1) ustalenie przyczyn albo ustalenie przypuszczalnych przyczyn szkody;
   2) wykaz będących przedmiotem szkody maszyn wraz z ich wartością ubezpieczeniową określoną zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 1;
   3) koszty naprawy lub nabycia takiej samej maszyny;
   4) ewentualne koszty zabezpieczenia przed szkodą lub zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu.
3. W razie rozbieżności w opiniach rzeczoznawców PZU SA i Ubezpieczony mogą powołać rzeczoznawcę opiniującego, który na podstawie przedłożonych do wglądu ekspertyz i własnej oceny stanu faktycznego – wydaje opinię.
4. Każdy z podmiotów tj. PZU SA i Ubezpieczony ponosi koszty rzeczoznawcy, którego powołał. Koszty trzeciego rzeczoznawcy (opiniującego) PZU SA i Ubezpieczony ponoszą po połowie.
5. Postępowanie rzeczoznawców nie zwalnia Ubezpieczonego z dopełnienia obowiązków wynikających z § 10.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 14

1. PZU SA zobowiązany jest wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA 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 PZU SA powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. PZU SA zobowiązany jest:
   1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
   2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
      a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
      b) Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

      – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
   3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
      a) osoby występującej z roszczeniem oraz
      b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

      – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
   4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
   5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
   6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
   7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.”.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 15

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez PZU SA roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na PZU SA do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli PZU SA pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem PZU SA.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU SA pomocy dostarczając informacji oraz dokumentów niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody PZU SA zrzekł się lub ograniczył roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, PZU SA może odmówić odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu odszkodowania PZU SA może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.
3. W razie uzyskania informacji o przedmiotach zaginionych lub skradzionych, Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadomić o tym niezwłocznie policję i PZU SA oraz uczestniczyć w czynnościach zmierzających do rozpoznania i odzyskania tych

przedmiotów. W razie odzyskania utraconych przedmiotów Ubezpieczony jest zobowiązany przyjąć je z powrotem. Jeżeli Ubezpieczony odzyskał przedmioty w stanie niezmienionym, PZU SA wolny jest od obowiązku wypłaty odszkodowania, a w razie gdy odszkodowanie zostało wypłacone, Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie zwrócić PZU SA wypłaconą kwotę. W razie odzyskania przedmiotów w stanie uszkodzonym lub niekompletnym, zwrotowi podlega kwota odpowiadająca wartości przedmiotu w dniu odzyskania.

PODWÓJNE UBEZPIECZENIE

§ 16

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

JURYSDYKCJA

§ 17

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU to: reklamacje@pzu.pl.
13. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowane przepisy prawa polskiego.
14. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach z konsumentem jest język polski.
15. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MASZYN I SPRZĘTU BUDOWLANEGO OD USZKODZEŃ

ustalonych uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r. i uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r., ustalonych uchwałą nr UZ/430/2015 z dnia 23 grudnia 2015 r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

KLAUZULE DODATKOWE DO UBEZPIECZENIA MASZYN I SPRZĘTU BUDOWLANEGO OD USZKODZEŃ

KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN PRACUJĄCYCH POD POWIERZCHNIĄ ZIEMI

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki PZU SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkody powstałe w maszynach pracujących pod powierzchnią ziemi.
2. PZU SA nie odpowiada za szkody powstałe wskutek porzucenia maszyn.
3. Niniejsza klauzula ma zastosowanie do maszyn wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN PRACUJĄCYCH NA SPRZĘCIE PŁYWAJĄCYM NA WODACH ŚRÓDLĄDOWYCH

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki PZU SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkody powstałe w maszynach pracujących i pływających na wszelkiego rodzaju sprzęcie pływającym.
2. PZU SA nie odpowiada za szkody spowodowane przez erozję piasku, pracę maszyn bez wody (zatarcie urządzeń) oraz polegające na zniszczeniu rur bądź wzmocnień ścian studni.
3. Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest do przeprowadzenia na własny koszt przeglądu co najmniej raz w roku oraz jeśli zachodzi taka potrzeba, również remontu maszyn i dostarczenia do PZU SA pełnego raportu z przeglądu bądź remontu.
4. Niniejsza klauzula ma zastosowanie do maszyn wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN WIERTNICZYCH DO WIERCENIA STUDNI WODNYCH

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że PZU SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową szkody powstałe w maszynach wiertniczych używanych do wykonywania odwiertów studni wodnych.
2. PZU SA nie odpowiada za szkody powstałe w wymienialnych narzędziach wiertniczych, rurociągach oraz obudowach odwiertów.
3. Niniejsza klauzula ma zastosowanie do maszyn wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN POZA GRANICAMI RP

Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki PZU SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową maszyny poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w miejscu lub miejscach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

KLAUZULA UBEZPIECZENIA KOSZTÓW USUNIĘCIA POZOSTAŁOŚCI PO SZKODZIE

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki rozszerza się zakres ubezpieczenia o dodatkowe koszty usunięcia pozostałości po szkodzie poniesione w związku z zaistnieniem szkody w ubezpieczonych maszynach, za którą PZU SA przyjął odpowiedzialność na podstawie niniejszych OWU.
2. Powyższe koszty, niezależnie od sumy ubezpieczenia maszyny dotkniętej szkodą nie mogą przewyższyć limitu odpowiedzialności podanego w dokumencie ubezpieczenia (polisie) dla kosztów usunięcia pozostałości po szkodzie.
3. Jeżeli koszty usunięcia pozostałości po szkodzie dotyczą maszyn ubezpieczonych jak również maszyn lub innego mienia nieubezpieczonych, to PZU SA pokrywa te koszty w takiej proporcji, w jakiej wartość uszkodzonych albo zniszczonych ubezpieczonych maszyn pozostaje do wartości wszystkich maszyn dotkniętych szkodą lub całego mienia dotkniętego szkodą.
4. Limit odpowiedzialności ulega pomniejszeniu o kwotę odszkodowania wypłaconego z tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w niniejszej klauzuli. Ubezpieczający może za zgodą PZU SA uzupełnić wysokość limitu odpowiedzialności opłacając składkę uzupełniającą.

KLAUZULA (006) UBEZPIECZENIA DODATKOWYCH KOSZTÓW PRACY W GODZINACH NADLICZBOWYCH, NOCNYCH, W DNI WOLNE OD PRACY ORAZ FRACHTU EKSPRESOWEGO

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki rozszerza się zakres ubezpieczenia o dodatkowe koszty pracy w godzinach nadliczbowych, w godzinach nocnych, w dni wolne od pracy oraz koszty frachtu ekspresowego (z wyłączeniem jednak frachtu lotniczego) poniesione w związku z zaistnieniem szkody w ubezpieczonych maszynach, za którą PZU SA przyjął odpowiedzialność na podstawie powyższych warunków.
2. Jeżeli okaże się, że zadeklarowana suma ubezpieczenia maszyn, które uległy uszkodzeniu jest niższa niż wartość odtworzeniowa, kwota odszkodowania należna z tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w niniejszej klauzuli ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu, w takiej proporcji w jakiej zadeklarowana suma ubezpieczenia maszyn pozostaje do wartości odtworzeniowej.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, limit odpowiedzialności wynosi 20% wartości szkody w maszynach.

KLAUZULA (007) UBEZPIECZENIA DODATKOWYCH KOSZTÓW FRACHTU LOTNICZEGO

1. Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodat-

kowej składki rozszerza się zakres ubezpieczenia o dodatkowe koszty frachtu lotniczego poniesione w związku z zaistnieniem szkody w ubezpieczonych maszynach, za którą PZU SA przyjął odpowiedzialność na podstawie powyższych warunków.

2. Powyższe koszty, niezależnie od sumy ubezpieczenia uszkodzonej maszyny nie mogą przewyższyć limitu odpowiedzialności podanego w dokumencie ubezpieczenia (polisie) dla kosztów frachtu lotniczego.
3. Limit odpowiedzialności ulega pomniejszeniu o kwotę odszkodowania należnego z tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w niniejszej klauzuli. Ubezpieczający może uzupełnić wysokość limitu odpowiedzialności opłacając składkę uzupełniającą.
4. Do niniejszej klauzuli ma zastosowanie specjalny (niezależny od udziału własnego przewidzianego dla maszyn) udział własny w szkodzie w wysokości 20% poniesionych kosztów frachtu lotniczego.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA MASZYN WE WSKAZANYCH LOKALIZACJACH

Ustala się, z zachowaniem pozostałych nie zmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń, że ochroną ubezpieczeniową objęte są maszyny tylko we wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (polisie) lokalizacjach oraz że zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód w maszynach powstałych w czasie przemieszczania się lub ich transportowania poza wskazanymi lokalizacjami.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: PZU Maszyny

Pełne informacje podane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń ustalonych uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/432/2007 z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r. i uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r., ustalonych uchwałą nr UZ/430/2015 z dnia 23 grudnia 2015 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia maszyn i sprzętu budowlanego od uszkodzeń należy do działu II, grupa 8 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ ubezpieczamy maszyny, użytkowane zgodnie z ich przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą;
- ✓ ubezpieczeniem objęte są maszyny: w czasie ruchu i postoju, montażu albo demontażu, zgłoszone do ubezpieczenia, użytkowane zgodnie z ich przeznaczeniem w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, które przeszły próby i testy, są sprawne oraz posiadają wymagane atesty, aprobaty, pozwolenia, certyfikaty, badania techniczne, dokumentację techniczno-ruchową;
- ✓ ubezpieczamy maszyny od szkód powstałych z przyczyn nagłych, nieprzewidzianych i niezależnych od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, o ile przyczyna nie została wyłączona z zakresu ubezpieczenia;
- ✓ suma ubezpieczenia maszyn ustala ubezpieczający i powinna odpowiadać wartości odtworzeniowej albo wartości księgowej brutto;
- ✓ każdorazowa wypłata odszkodowania pomniejsza sumę ubezpieczenia utraconej, uszkodzonej albo zniszczonej maszyny o wypłaconą kwotę;
- ✓ zmniejszoną lub wyczerpaną sumę ubezpieczenia można uzupełnić opłacając dodatkową składkę.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✗ maszyn pracujących pod powierzchnią ziemi;
- ✗ maszyn pływających, maszyn pracujących na sprzęcie pływającym oraz na pojazdach szynowych;
- ✗ samochodów osobowych, osobowo-ciężarowych, ciężarowych o nadwoziu osobowym;
- ✗ sprzętu elektronicznego wraz z oprogramowaniem i bazami danych, sprzętu optycznego, wykorzystywanego do prac budowlanych;
- ✗ części zapasowych do maszyn, materiałów eksploatacyjnych i pomocniczych nie związanych bezpośrednio z pracami budowlanymi;
- ✗ mienia osobistego pracowników, dokumentacji dotyczącej budowy, wartości pieniężnych, opakowań, mienia innego nie zgłoszonego do ubezpieczenia.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in. za szkody:

- ! spowodowane awarią mechaniczną lub elektryczną, zamarznięciem płynów chłodzących lub innych płynów, zatarciem części spowodowane wadliwym smarowaniem lub brakiem oleju, przegrzaniem na skutek braku płynów chłodzących; jeżeli jednak w następstwie powyższych zdarzeń nastąpi szkoda w zewnętrznych częściach lub elementach maszyny, szkody takie objęte są ubezpieczeniem w ramach OWU;
- ! w maszynach podlegających obowiązkowi rejestracji, chyba że szkody takie powstały na placu budowy;
- ! w czasie transportu maszyn:
  - powstałe wskutek wypadku środka transportowego, jeżeli wypadek został spowodowany jego złym stanem technicznym,
  - powstałe podczas kierowania środkiem transportu przez osobę, która znajdowała się w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub znajdowała się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
  - powstałe podczas kierowania środkiem transportu przez osobę, która znajdowała się pod wpływem środków farmaceutycznych lub leków, po użyciu których przeciwwskazane jest kierowanie środkami transportu,
  - powstałe w wyniku niewłaściwego załadowania lub opakowania, niezgodnego z obowiązującymi normami lub zwyczajami lub braku opakowania ubezpieczonych maszyn;
- ! spowodowane kradzieżą maszyn, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem oraz rabunku lub ich usiłowania, za które PZU SA w ramach niniejszych OWU ponosi odpowiedzialność;
- ! spowodowane zaginięciem oraz szkody wykryte dopiero podczas inwentaryzacji lub rutynowych przeglądów;

! będące skutkiem działania lub zaniechania pracowników Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, którzy znajdowali się w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, lub znajdowali się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
! powstałe na skutek obsługiwania maszyn przez osoby nie posiadające wymaganych uprawnień, określonych właściwymi przepisami, a także jeżeli maszynę eksploatowano niezgodnie z obowiązującymi przepisami lub przeznaczeniem.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce, za opłatą dodatkowej składki oraz określeniem dodatkowych warunków istnieje możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o inne kraje.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek m.in.:
– podać wszystkie dane, o które zapytujemy przy zawarciu umowy;
– najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach powstałych w trakcie ubezpieczenia;
– we własnym zakresie i na własny koszt utrzymywać ubezpieczone maszyny w dobrym stanie technicznym, przestrzegać zasad przechowywania maszyn, prowadzić dokumentację techniczno-ruchową ubezpieczonych maszyn, stosować się do wymagań i zaleceń producenta maszyn;
– najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o szkodzie lecz nie później niż 3 dni od momentu, kiedy uzyska wiedzę o zdarzeniu;
– podjęcia współpracy z nami w zbadaniu szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczenia trwa:
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia lub później. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W razie braku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka;
– od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia – nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, po jego upływie rozwiążemy umowę.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
– z końcem okresu ubezpieczenia albo, w dniu odstąpienia;
– w dniu, w którym suma ubezpieczenia się wyczerpie;
– w dniu, w którym ubezpieczający otrzyma pisemne wypowiedzenie umowy ze skutkiem natychmiastowym;
– z chwilą przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia, jeżeli nie dokonano przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę;
– po 7 dniach od otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki – pod warunkiem, że w wezwaniu poinformowaliśmy go, że ochrona wygaśnie, jeśli ubezpieczający nie zapłaci w tym czasie.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy:
– w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli jest konsumentem;
– w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

ustalone uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r.,
ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r. oraz uchwałą nr UZ/430/2015
Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2, § 2, § 3, § 4, § 6, § 7 ust. 1–6 i 8–9, § 8, § 9, § 11, § 12, § 13, § 14, § 16, § 17, § 18 ust. 4, § 19 ust. 1 i 3–6, § 20, § 22, § 23, § 24 ust. 15. Załącznik nr 1 do ogólnych warunków: 1) tabela z klauzulami; 2) klauzule: klauzula 101/1, klauzula 101/2, klauzula 101/3, klauzula 101/4, klauzula 102, klauzula 103, klauzula 104, klauzula 109, klauzula 110, klauzula 120, klauzula 121/1, klauzula 125, klauzula 126, klauzula 132, klauzula 135, klauzula 137, klauzula 140/1, klauzula 140/2, klauzula 141, klauzula 142, klauzula 143, klauzula 144, klauzula 146, klauzula 147, klauzula 201, klauzula 303/1.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 2 pkt 1, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 1–6 i 8–9, § 8, § 9, § 10, § 11 ust. 1 i 4–5, § 12, § 13, § 15, § 16, § 17, § 19 ust. 1 i 3–6, § 20, § 22, § 23, § 24 ust. 15. Załącznik nr 1 do ogólnych warunków: 1) tabela z klauzulami; 2) klauzule: klauzula 101/1, klauzula 101/2, klauzula 101/3, klauzula 101/4, klauzula 102, klauzula 103, klauzula 104, klauzula 105, klauzula 107, klauzula 108, klauzula 109, klauzula 110, klauzula 120, klauzula 121/1, klauzula 121/3, klauzula 125, klauzula 126, klauzula 132, klauzula 135, klauzula 137, klauzula 140/1, klauzula 140/2, klauzula 141, klauzula 142, klauzula 143, klauzula 144, klauzula 146, klauzula 147, klauzula 201, klauzula 301, klauzula 303/1.

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia sprzętu elektronicznego (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (zwanym dalej PZU SA) a osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi albo osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą (zwanymi dalej Ubezpieczającym).

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego). Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W rozumieniu OWU, Ubezpieczającym jest podmiot zawierający z PZU SA umowę ubezpieczenia, Ubezpieczonym jest podmiot zawierający umowę ubezpieczenia na rachunek własny albo na rachunek którego zawarto umowę ubezpieczenia.
W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
1) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu;
2) Ubezpieczony może żądać by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków;

3) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego odszkodowania bezpośrednio od PZU SA, chyba, że strony uzgodniły inaczej; jednakże takie uzgodnienie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.

3. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.

4. PZU SA zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu OWU użyte niżej określenia oznaczają:

1) **gotowość sprzętu do eksploatacji** – sprzęt uznaje się za gotowy do eksploatacji z chwilą, gdy jego działanie zostało rozpoczęte lub może być rozpoczęte po przeprowadzeniu niezbędnych prób rozruchowych chyba, że ich przeprowadzenie nie jest wymagane przez producenta;
2) **szkoda materialna (fizyczna)** – utrata całkowita lub ubytek wartości ubezpieczonego sprzętu spowodowana nagłym, nieprzewidzianym zdarzeniem powstałym z przyczyn niezależnych od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego;
3) **szkoda częściowa** – uszkodzenie lub zniszczenie przedmiotu ubezpieczenia, którego wysokość nie przekroczy wartości rzeczywistej przedmiotu ubezpieczenia określonej na dzień powstania szkody;
4) **szkoda całkowita** – utrata, zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu ubezpieczenia, którego wysokość jest równa lub przekroczy wartość rzeczywistą przedmiotu ubezpieczenia, określoną na dzień powstania szkody;
5) **udział własny** – określona w umowie ubezpieczenia procentowo lub kwotowo część szkody obciążająca Ubezpieczonego, o którą PZU SA zmniejsza przysługujące odszkodowanie;
6) **wartość rzeczywista** – wartość odpowiadająca kosztom przywrócenia do stanu przed szkodą przedmiotu ubezpieczonego, określona na dzień powstania szkody, pomniejszona o stopień zużycia technicznego.
   Jeśli ubezpieczony przedmiot nie jest ani naprawiany (po szkodzie częściowej) ani wymieniany (po szkodzie całkowitej) bądź jeśli części zapasowe produkowane seryjnie nie są już dostępne (przedmioty przestarzałe), odszkodowanie ograniczone jest do wartości rzeczywistej przedmiotu ubezpieczenia na dzień powstania szkody;
7) **wartość odtworzeniowa** – cena zakupu sprzętu będącego bezpośrednim zamiennikiem utraconego tj. o takich samych lub podobnych parametrach technicznych, tego samego lub podobnego rodzaju i wydajności (przywrócenie do stanu przed szkodą bez uwzględniania stopnia zużycia), powiększona o koszty transportu, montażu, demontażu, cła oraz innych opłat, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia. Cenę nabycia jednostki, której nie ma już w sprzedaży, ustala się na podstawie ostatniego dostępnego cennika, z korektą na podstawie oficjalnego indeksu wzrostu inflacji (wzrostu cen);
8) **kradzież z włamaniem** – zabór mienia w celu przywłaszczenia dokonany z zamkniętego lokalu:
   a) po usunięciu przy użyciu siły lub narzędzi istniejących zabezpieczeń lub otworzeniu zabezpieczenia kluczem oryginalnym, zdobytym przez kradzież z włamaniem z innego lokalu albo w wyniku rabunku,
   b) w którym sprawca ukrył się przed jego zamknięciem, jeżeli pozostawił ślady, które świadczą o jego ukryciu się;
9) **rabunek** – zabór mienia z zastosowaniem przemocy fizycznej lub groźby jej użycia wobec Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osób u niego zatrudnionych z doprowadzeniem do nieprzytomności lub bezbronności – dla pokonania ich oporu przed wydaniem ubezpieczonego mienia.
   Rabunek oznacza również zabór mienia przez sprawcę, który z zastosowaniem przemocy fizycznej lub groźby jej użycia doprowadził do lokalu lub schowka objętego ubezpieczeniem osobę posiadającą klucze i zmusił ją do otworzenia albo sam je otworzył zrabowanymi kluczami;
10) **wymogi w zakresie bezpieczeństwa przeciwkradzieżowego** – ubezpieczone mienie powinno znajdować się w budynkach o odpowiednio trwałej konstrukcji. Przez odpowiednią trwałą konstrukcję rozumie się budynek wykonany z materiałów i w technologii właściwej dla jego przeznaczenia użytkowego, zgodnie z przepisami prawa budowlanego, w którym nie jest możliwe dokonanie poszczególnych elementów konstrukcji: ścian, podłóg, stropów bez ich równoczesnego uszkodzenia lub zniszczenia przy użyciu narzędzi. Lokal, w którym znajduje się ubezpieczone mienie nie może posiadać niezabezpieczonych otworów: drzwi, okien, przez które bez użycia siły i narzędzi możliwy jest dostęp do ubezpieczonego mienia. Drzwi zewnętrzne muszą być zamknięte na dwa różne zamki wielozastawkowe lub co najmniej na dwie różne kłódki wielozastawkowe zawieszone na oddzielnych skoblach lub na jeden zamek, którego odporność na włamanie potwierdzona jest atestem. Oszklenia okien, drzwi i innych otworów zewnętrznych lokalu z ubezpieczonym mieniem do których jest dostęp powinny być w należytym stanie technicznym i wykonane ze szkła warstwowego odpornego na rozbicie lub zabezpieczone stałymi albo ruchomymi osłonami mechanicznymi: kratami stalowymi, żaluzjami, okiennicami. Ruchome osłony muszą być zamknięte na co najmniej jedną kłódkę wielozastawkową lub inne atestowane zabezpieczenie przeciwwłamaniowe;
11) **powódź** – zalanie terenów w następstwie:
   a) podniesienia się wody w korytach wód płynących lub stojących,
   b) deszczu nawalnego,
   c) spływu wód po zboczach i stokach na terenach górskich i falistych;
12) **deszcz nawalny** – opad deszczu, którego współczynnik wydajności wynosi co najmniej 4 i jest potwierdzony orzeczeniem Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej. W przypadku braku możliwości uzyskania takiego potwierdzenia, przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia lub w sąsiedztwie świadczące wyraźnie o działaniu deszczu nawalnego;
13) **zalanie wodą z urządzeń wodno-kanalizacyjnych** – bezpośrednie działanie wody lub innej cieczy, która na skutek awarii wydostała się z urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania i innych instalacji znajdujących się wewnątrz budynku lub na posesji objętej ubezpieczeniem;
14) **grad** – opad atmosferyczny składający się z bryłek lodu;
15) **lawina** – gwałtowne zsuwanie lub staczanie się mas śniegu, lodu, skał lub kamieni ze zboczy górskich;
16) **huragan** – uważa się działania wiatru o prędkości powyżej 24,5 m/sek, wyrządzającego masowe szkody, potwierdzone orzeczeniem Instytutu Meteorologii i Gospodarki Wodnej. W przypadku braku możliwości uzyskania takiego potwierdzenia, przyjmuje się stan faktyczny i rozmiar szkód w miejscu ubezpieczenia lub w sąsiedztwie świadczące wyraźnie o działaniu takiego wiatru;
17) **osunięcie się ziemi** – zapadania oraz usuwania się ziemi spowodowane wpływami naturalnymi z tym, że:
   – zapadanie się ziemi jest to obniżenie terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie,
   – usuwanie się ziemi jest to ruch ziemi na stokach;
18) **ogień** – ogień, który przedostał się poza palenisko albo powstał bez paleniska i rozszerzył się o własnej sile w miejscu do tego nie przeznaczonym;

19) **eksplozja** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary, wywołane ich właściwością rozszerzenia się. W odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych tego rodzaju zbiorników, warunkiem uznania szkody za spowodowaną eksplozją jest, aby ściany tych naczyń i zbiorników uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, par lub cieczy nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnienia. Za spowodowane eksplozją uważa się również szkody powstałe wskutek implozji polegającej na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego ciśnieniem zewnętrznym;
20) **uderzenie pioruna** – gwałtowne wyładowanie elektryczne w atmosferze działające bezpośrednio na ubezpieczony przedmiot, pozostawiające bezpośrednie ślady tego zdarzenia na ubezpieczonym przedmiocie;
21) **upadek pojazdu powietrznego** – katastrofa albo przymusowe lądowanie samolotu silnikowego, bezsilnikowego lub innego obiektu latającego, a także upadek ich części lub przewożonego ładunku;
22) **przepięcie** – wzrost napięcia znacznie przekraczający wartości dopuszczalne określone przez producenta dla danego urządzenia, pojawiający się wskutek nagłej zmiany napięcia lub natężenia w sieci elektrycznej;
23) **indukcja** – oddziaływanie pola elektrycznego lub magnetycznego na przedmioty znajdujące się w tym polu, powodujące powstawanie przepływu prądu elektrycznego w obwodach elektrycznych powyższych przedmiotów, bez zetknięcia się z ciałem wywołującym to pole;
24) **automatyczne urządzenia gaśnicze** – urządzenia na stałe związane z obiektem, zawierające własny zapas środka gaśniczego, wyposażone w stały pozostający pod ciśnieniem układ przechowywania środka gaśniczego, uruchamiane automatycznie we wczesnej fazie pożaru;
25) **sprzęt pomocniczy/zasilający** – urządzenia zabezpieczające prawidłowe funkcjonowanie ubezpieczonych przedmiotów: urządzenia klimatyzacyjne, zastępcze źródła energii (UPS) – przetwornice częstotliwości, zapasowe jednostki prądotwórcze, sprzęt, dzięki któremu urządzenia elektroniczne gotowe są do pracy;
26) **dane** – informacje nadające się do bezpośredniego przetwarzania przez Elektroniczne Systemy Przetwarzania Danych (EPD) zgromadzone poza jednostką centralną: dane ze zbiorów danych, dane udokumentowanego pochodzenia i wartości, systemy operacyjne i programy wchodzące w jego skład, licencyjne standardowe programy pochodzące z produkcji seryjnej, programy pochodzące z produkcji jednostkowej (wytworzone na podstawie oprogramowania licencyjnego);
27) **wymienne nośniki danych** – materiał umożliwiający gromadzenie informacji, nadający się do odczytu maszynowego; nośniki takie są objęte ubezpieczeniem, o ile są przeznaczone do wymiany przez użytkownika;
28) **jednostka centralna** – część sprzętu elektronicznego obejmująca elementy sterowania, układy wykonujące operacje arytmetyczno-logiczne oraz pamięć komputera z wyłączeniem pamięci zewnętrznej;
29) **dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

ROZDZIAŁ I

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO OD SZKÓD MATERIALNYCH

PRZEDMIOT I MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia może być określony w umowie i stanowiący własność lub będący na podstawie tytułu prawnego w posiadaniu Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego stacjonarny i przenośny sprzęt elektroniczny, który:
   – jest sprawny technicznie i gotowy do eksploatacji,
   – zainstalowany jest zgodnie z zaleceniami producenta,
   – wykorzystywany jest w celach zawodowych.
2. Miejscem ubezpieczenia jest znajdująca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stała siedziba lub inne miejsce (lokalizacja) wskazane przez Ubezpieczającego. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest również sprzęt podczas przemieszczania w obrębie tej lokalizacji.
3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową przenośnego sprzętu elektronicznego możliwe jest w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową sprzętu stacjonarnego.
4. Za dodatkową opłatą składki ochrona ubezpieczeniowa dla sprzętu przenośnego może zostać rozszerzona poza granice Rzeczypospolitej Polskiej.

PODSTAWOWY ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Z wyjątkiem szkód wymienionych w § 5 OWU PZU SA odpowiada za szkody materialne (fizyczne) polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu przedmiotu ubezpieczenia wskutek nieprzewidzianej i niezależnej od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przyczyny, a w szczególności spowodowane przez:
   a) działanie człowieka: niewłaściwe użytkowanie, nieostrożność, zaniedbanie, błędną obsługę, zniszczenie przez osoby trzecie,
   b) kradzież z włamaniem, rabunek,
   c) działanie ognia, eksplozję, uderzenie pioruna, upadek pojazdu powietrznego,
   d) działanie wody: zalanie wodą z urządzeń wodno-kanalizacyjnych, powódź, sztorm, wylew wód podziemnych, deszcz nawalny, wilgoć, para wodna, lód, grad, śnieg,
   e) działanie wiatru, lawiny, osunięcie się ziemi,
   f) wady produkcyjne, błędy konstrukcyjne, wady materiałowe, które ujawniły się dopiero po okresie gwarancji,
   g) przepięcie, indukcję.
2. PZU SA pokrywa również z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 8 udokumentowane koszty poniesione w związku ze szkodami objętymi ochroną ubezpieczeniową, a związane z:
   a) akcją ratowniczą, jeśli ratunek miał na celu zmniejszenie strat lub niedopuszczenie do ich zwiększenia,
   b) uprzątnięciem pozostałości po szkodzie, łącznie z kosztami rozbiórki i demontażu części niezdatnych do użytku,
   c) zabezpieczeniem przed szkodą ubezpieczonego mienia w razie jego bezpośredniego zagrożenia działaniem zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
   d) poniesieniem dodatkowych kosztów pracy w godzinach nadliczbowych, w godzinach nocnych, w dni wolne od pracy, kosztów ekspresowego transportu (w tym również frachtu lotniczego) sprzętu/części zamiennych oraz kosztów przejazdów techników i ekspertów. Powyższe dotyczy tylko kosztów poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
3. PZU SA w porozumieniu z Ubezpieczającym może podstawowy zakres ochrony ubezpieczeniowej rozszerzyć, ograniczyć bądź w przypadku sprzętu specjalistycznego dokładnie sprecyzować stosując odpowiednie klauzule dodatkowe, których treść została podana w załączniku nr 1 do OWU.
4. W przypadku niedoubezpieczenia PZU SA udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem § 6 ust. 5 i 6.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 5

1. PZU SA nie odpowiada za szkody spowodowane przez:
   1) działania wojenne, wojnę domową, rozruchy, wprowadzenie stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, powstanie zbrojne, rewolucję, konfiskatę lub innego rodzaju prze-

jęcie przedmiotu ubezpieczenia przez rząd lub inne władze kraju, sabotaż, strajk, lokaut, blokadę, wewnętrzne zamieszki;
2) akty terroryzmu przez które rozumie się działania mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego dla osiągnięcia określonych skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych, socjalnych lub społecznych;
3) trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, trzęsienie dna morskiego, tsunami, huragan, cyklon, tajfun, tornado;
4) działanie energii jądrowej, skażenie radioaktywne;
5) umyślne działanie lub zaniechanie lub rażące niedbalstwo Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności, przy czym za winę osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej niebędącej osobą prawną należy rozumieć winę:
   a) w przedsiębiorstwach państwowych – dyrektora lub jego zastępców,
   b) w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością i spółkach akcyjnych – członków zarządu lub prokurentów,
   c) w spółkach komandytowych i komandytowo-akcyjnych – komplementariuszy lub prokurentów,
   d) w spółkach jawnych – wspólników lub prokurentów,
   e) w spółkach partnerskich – partnerów lub członków zarządu lub prokurentów,
   f) w spółkach cywilnych – wspólników,
   g) w spółdzielniach, fundacjach i stowarzyszeniach – członków zarządu,
6) zapadanie lub usuwanie się ziemi spowodowane prowadzonymi robotami ziemnymi;
7) szkody górnicze w rozumieniu Prawa geologicznego i górniczego;
8) działanie wirusa, programu lub kodu zakłócającego pracę programu, całego komputera, sieci, niezależnie od przyczyny ich pojawienia się, w tym związanego z Internetem lub korzystaniem z Internetu.

2. Ochroną ubezpieczeniową PZU SA nie są objęte utracone korzyści, utrata wartości rynkowej, utrata rynku, zwiększone koszty działalności powstałe w wyniku szkody, straty powstałe wskutek opóźnienia lub niewypełnienia zobowiązań, utrata kontraktów, rabatów lub licencji oraz kary umowne, kary pieniężne, grzywny sądowe i administracyjne, podatki, należności publiczno-prawne, opłaty manipulacyjne, odszkodowania o charakterze karnym, koszty procesów, koszty administracyjne, koszty najmu/użycia przedmiotów zastępczych, szkody pośrednie.

3. Ponadto nie są objęte ubezpieczeniem szkody:
   a) powstałe w okresie gwarancyjnym, za które odpowiedzialny jest producent, serwisant, sprzedawca lub dostawca,
   b) spowodowane wadami albo usterkami ujawnionymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanymi Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu niezależnie od tego czy o takich wadach bądź usterkach wiedział PZU SA,
   c) powstałe w czasie naprawy, podczas prób (za wyjątkiem prób dokonywanych w związku z okresowymi przeglądami i badaniami eksploatacyjnymi) oraz w czasie doświadczeń i eksperymentów,
   d) będące następstwem naturalnego zużycia (starzenia), przechowywania niezgodnie z wymaganiami technicznymi lub braku okresowych przeglądów konserwacyjnych, jeżeli obowiązek przechowywania zgodnie z wymaganiami technicznymi lub przeprowadzania okresowych przeglądów technicznych należał do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby trzeciej, której mienie zostało oddane do użytkowania, chyba że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
   e) spowodowane zagubieniem lub kradzieżą; z wyłączeniem szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku,
   f) powstałe podczas tymczasowego magazynowania lub okresowego wyłączenia z użytkowania ubezpieczonego sprzętu (nie dotyczy przerw w użytkowaniu w związku z konserwacją, przeglądem, naprawą),
   g) którymi są wyłącznie defekty estetyczne, które nie mają wpływu na pracę sprzętu,
   h) spowodowane w ubezpieczonym sprzęcie przez uszkodzony lub źle funkcjonujący system klimatyzacyjny, jeżeli system ten nie został wyposażony w oddzielny system alarmowy, który w sposób ciągły monitoruje temperaturę i wilgotność pomieszczeń w których znajduje się ubezpieczony sprzęt oraz może uruchomić niezależne alarmy optyczne lub akustyczne. Powyższe wyłączenie dotyczy sprzętu, który z uwagi na specyfikę swojej pracy wymaga stosowania odpowiednio regulowanych zewnętrznych warunków klimatyzacyjnych (odpowiedniej temperatury i wilgotności), zgodnie z instrukcją producenta sprzętu,
   i) spowodowane w ubezpieczonym sprzęcie elektronicznym przez pośrednie działanie wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych, jeżeli sprzęt ten nie został wyposażony w urządzenia zabezpieczające przed pośrednim działaniem wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych.

4. Ubezpieczenie nie obejmuje szkód powstałych w tonerach, wywoływaczach, odczynnikach, środkach gaśniczych i chłodniczych, taśmach barwiących, filmach, nośnikach dźwięku i obrazu, foliach, nośnikach pisma i obrazu, tarczach siatkowych, bezpiecznikach, żarówkach, bateriach jednorazowych, filtrach, pomocniczym oprzyrządowaniu w urządzeniach do rozbijania kamieni nerkowych (poduszka wodna, głowica fal udarowo-wstrząsowych, elektrody i generator fal uderzeniowych), wymiennych narzędziach oraz w częściach i materiałach, które z uwagi na swoją funkcję lub warunki pracy ulegają szybkiemu zużyciu lub podlegają okresowej wymianie.

5. O ile nie umówiono się inaczej odpowiedzialność PZU SA za lampy i nośniki obrazu, ograniczona jest do szkód spowodowanych działaniem ognia, wody i kradzieży z włamaniem i rabunku.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia i jest podstawą do obliczenia składki.

2. Sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający odrębnie dla każdego przedmiotu wymienionego we wniosku-kwestionariuszu lub wykazie stanowiącym integralną część polisy. Suma ta powinna odpowiadać wartości odtworzeniowej przedmiotu ubezpieczenia.

3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający za zgodą PZU SA może podwyższyć sumę ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki.

4. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

5. Jeżeli określona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia dla poszczególnego przedmiotu okaże się w dniu szkody niższa niż wartość odtworzeniowa, zachodzi niedoubezpieczenie i PZU SA ustala odszkodowanie w takiej proporcji, w jakiej pozostaje zadeklarowana suma ubezpieczenia do wartości odtworzeniowej.

6. Jeżeli określona przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia dla poszczególnego przedmiotu przewyższa w dniu szkody jego wartość odtworzeniową, PZU SA odpowiada tylko do wartości szkody (ubezpieczenie powyżej wartości).

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA

§ 7

1. PZU SA wypłaca należne odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości szkody nie wyższej niż kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU SA w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia.

2. Podstawę ustalenia wysokości szkody stanowi rachunek strat (koszty wymiany/naprawy) sporządzony przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który może być zweryfikowany przez PZU SA.
3. Jako wysokość szkody przyjmuje się:
   a) przy szkodzie częściowej – wartość niezbędnych kosztów naprawy uszkodzonego przedmiotu z uwzględnieniem kosztów transportu, montażu, demontażu, cła oraz innych opłat, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia,
   b) przy szkodzie całkowitej – wartość kosztów nabycia nowego przedmiotu tego samego rodzaju lub o takich samych lub podobnych parametrach technicznych (wartość wymiany), z uwzględnieniem kosztów transportu, montażu, demontażu, cła oraz innych opłat, o ile zostały zgłoszone do ubezpieczenia,
   c) w przypadku, gdy naprawa uszkodzonego przedmiotu albo jego wymiana nie jest możliwa – wartość kosztów, które byłyby poniesione w związku z naprawą lub wymianą, nie wyższych jednak niż rzeczywista wartość przedmiotu na dzień powstania szkody.
4. Przy ustalaniu wysokości szkody obowiązują następujące zasady:
   a) jeżeli naprawa jest wykonana we własnym zakresie przez Ubezpieczonego, PZU SA zwraca w granicach sumy ubezpieczenia udokumentowane koszty materiałów i robocizny oraz uzasadniony procent na pokrycie innych kosztów. Koszty naprawy wykonanej we własnym zakresie nie mogą przekroczyć średniej rynkowej wartości usługi wykonanej przez firmę zewnętrzną,
   b) przy ustalaniu wysokości szkody nie uwzględnia się kosztów dodatkowych:
      – wynikających z braku części zamiennych lub materiałów, potrzebnych do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą,
      – napraw prowizorycznych chyba, że naprawy te stanowią część naprawy końcowej i nie przewyższają kosztu naprawy całkowitej,
      – wynikających ze zmiany lub ulepszenia przedmiotu objętego ubezpieczeniem.
5. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej wysokości szkody z tym, że od ustalonej wysokości szkody potrąca się:
   a) udział własny określony w polisie; jeżeli zastosowano różne wielkości udziałów własnych, a szkodą zostało dotknięte kilka ubezpieczonych przedmiotów, wówczas od ustalonej wysokości szkody potrąca się tylko jeden najwyższy udział własny,
   b) wartość pozostałości przedmiotu lub części, które z uwagi na rodzaj lub rozmiar uszkodzeń nadają się jeszcze do dalszego użytku lub sprzedaży.
6. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów okaże się w dniu szkody niższa lub wyższa niż wymagana wartość odtworzeniowa, odszkodowanie ustala się zgodnie z zasadami wymienionymi w § 6 ust. 5 lub 6 OWU.
7. Wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty rat składki w terminach określonych w umowie ubezpieczenia, przy czym w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, jeżeli odszkodowanie lub suma tego odszkodowania i odszkodowań dotąd wypłaconych powoduje wyczerpanie wszystkich sum ubezpieczenia określonych w umowie ubezpieczenia, raty składki, których termin płatności przypada po dniu wypłaty odszkodowania, stają się natychmiast wymagalne i płatne w dniu wypłaty odszkodowania. W przypadku odmowy wypłaty odszkodowania, terminy płatności rat składki, których płatność zgodnie z terminami określonymi w umowie ubezpieczenia przypada po dniu doręczenia oświadczenia o odmowie wypłaty odszkodowania, nie ulegają zmianie.
8. Przy ustalaniu wysokości odszkodowania PZU SA dolicza poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego koszty wymienione w § 4 ust. 2. Koszty te łącznie z odszkodowaniem nie mogą przewyższyć sumy ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia objętych szkodą. Nie dotyczy to sytuacji, gdy koszty te zostały poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego na polecenie PZU SA.
   W przypadku niedoubezpieczenia (§ 6 ust. 5), koszty, o których mowa w § 4 ust. 2 lit. b i d, są zmniejszane w takim samym stosunku jak odszkodowanie za ubezpieczone przedmioty tj. proporcjonalnie do stopnia zaniżenia wartości ubezpieczeniowej, bez względu na to, czy poniesione zostały na polecenie PZU SA.
9. Jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ulega w czasie trwania ubezpieczenia pomniejszeniu o każde wypłacone odszkodowanie.

ROZDZIAŁ II
UBEZPIECZENIE DANYCH I NOŚNIKÓW DANYCH
PRZEDMIOT I MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 8

1. Przedmiotem ubezpieczenia mogą być:
   a) dane,
   b) wymienne nośniki danych.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową danych oraz wymiennych nośników danych możliwe jest w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową sprzętu elektronicznego od szkód materialnych.
3. Miejscem ubezpieczenia jest miejsce wskazane w umowie ubezpieczenia lub inne miejsce na terytorium RP przechowywania zapasowych kopii zbiorów danych. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do zapasowych kopii danych obejmuje również transport tych kopii pomiędzy miejscem ubezpieczenia wymienionym w polisie a miejscem ich przechowywania.

PODSTAWOWY ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Z wyjątkiem szkód wymienionych w § 5 i § 10 OWU, PZU SA odpowiada za szkody materialne (fizyczne) polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu przedmiotu ubezpieczenia wskutek nieprzewidzianej i niezależnej od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przyczyny:
   a) uszkodzenie albo zniszczenie nośnika danych w sposób uniemożliwiający zapisanie lub odczytanie zgromadzonych na nim danych,
   b) utrata nośnika danych wraz z zapisanymi danymi w wyniku kradzieży z włamaniem lub rabunku.
2. PZU SA w porozumieniu z Ubezpieczającym może zakres ochrony ubezpieczeniowej rozszerzyć, ograniczyć bądź dokładnie sprecyzować stosując odpowiednie klauzule dodatkowe, których treść została podana w załączniku nr 1 do OWU.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

Nie są objęte ubezpieczeniem szkody:
   a) w danych i programach przechowywanych tylko w jednostce centralnej,
   b) spowodowane błędnym oprogramowaniem,
   c) spowodowane działaniem wirusa, programu lub kodu zakłócającego pracę programu, całego komputera, sieci, niezależnie od przyczyny ich pojawienia się, w tym związanego z Internetem lub korzystaniem z Internetu lub spowodowane działaniem pola magnetycznego,
   d) w danych i programach jeszcze nie gotowych do użytku i tzw. „kopiach pirackich",
   e) wynikające z wadliwej konserwacji lub przechowywania niezgodnego z warunkami technicznymi, jeżeli obowiązek prawidłowej konserwacji lub przechowywania zgodnie z warunkami technicznymi należał do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego

lub osoby trzeciej, której mienie zostało oddane do użytkowania, chyba że niedopełnienie tego obowiązku nie miało wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
f) w nośnikach danych zamontowanych na stałe bez możliwości ich wymiany; powyższe nośniki mogą być objęte ubezpieczeniem od szkód materialnych,
g) pośrednie.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Suma ubezpieczenia jest górną granicą odpowiedzialności PZU SA i jest podstawą do obliczenia składki.
2. Sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający we wniosku-kwestionariuszu lub wykazie stanowiącym integralną część polisy, oddzielnie dla danych oraz dla wymiennych nośników danych. Powinna ona stanowić wysokość przypuszczalnej maksymalnej straty jaka może powstać w razie wystąpienia szkody i odpowiadać:
   a) w przypadku nośników danych – wartości nowego zamiennika,
   b) w przypadku danych – wartości kosztów wprowadzenia danych z kopii lub w razie braku aktualnych kopii kosztów ręcznego wprowadzenia z oryginalnych dokumentów.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający za zgodą PZU SA może podwyższyć sumę ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki.
4. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.
5. Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o wypłacone odszkodowania. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA

§ 12

1. Jako wysokość szkody przyjmuje się wartość kosztów poniesionych w związku z:
   a) wymianą lub zakupem zniszczonych, uszkodzonych lub utraconych wymiennych nośników danych,
   b) ponownym wprowadzeniem danych lub programów z archiwum danych lub z istniejącej dokumentacji Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego,
   c) odtworzeniem lub ponownym zainstalowaniem systemów lub programów.
2. Odszkodowanie ustala się zgodnie z zasadami podanymi w § 7 ust. 5, 7 i 8.
3. Nie mają tu zastosowania postanowienia zawarte w § 6 ust. 5 OWU, dotyczące niedoubezpieczenia.
4. Jeżeli dane, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt a) nie zostały odtworzone przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy od dnia szkody, jako wysokość szkody przyjmuje się wyłącznie koszty wymiany nośników danych.

ROZDZIAŁ III

UBEZPIECZENIE ZWIĘKSZONYCH KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI

PRZEDMIOT I MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową zwiększonych kosztów działalności możliwe jest w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową sprzętu elektronicznego od szkód materialnych.
2. Przedmiotem ubezpieczenia są proporcjonalne i nieproporcjonalne koszty dodatkowe poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w celu uniknięcia bądź zmniejszenia przerw lub zakłóceń w działalności gospodarczej powstałych na skutek szkody w przedmiotach objętych ubezpieczeniem od szkód materialnych, przy czym:
   a) za dodatkowe koszty proporcjonalne uważa się koszty powtarzające się i wzrastające proporcjonalnie do długości okresu przerwy w pracy sprzętu objętego ubezpieczeniem (wyłączenia z eksploatacji), w szczególności:
      – koszty użytkowania zastępczego sprzętu,
      – koszty leasingu/najmu urządzeń zastępczych,
      – koszty zastosowania zamiennych procesów roboczych i metod operacyjnych,
      – koszty zatrudnienia dodatkowego personelu oraz zastosowania zewnętrznych mocy produkcyjnych lub usług w zakresie przetwarzania danych;
   b) za dodatkowe koszty nieproporcjonalne uważa się koszty niezależne od długości okresu przerwy w pracy sprzętu objętego ubezpieczeniem poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego jednorazowo, natychmiast po wystąpieniu przerwy w celu zabezpieczenia ciągłości produkcji, w szczególności:
      – koszty jednorazowego przeprogramowania,
      – koszty adaptacji sprzętu,
      – koszty prowizorycznej naprawy ubezpieczonego sprzętu do wysokości sumy ubezpieczenia podanej w wykazie do polisy ubezpieczenia od szkód materialnych.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 14

Ubezpieczenie obejmuje dodatkowe koszty określone w § 13 ust. 2 i wymienione we wniosku-kwestionariuszu do polisy, poniesione w następstwie szkody w sprzęcie elektronicznym objętym ubezpieczeniem od szkód materialnych (§ 4 OWU).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 15

1. Ubezpieczeniem nie są objęte dodatkowe koszty spowodowane przez:
   a) szkody w sprzęcie elektronicznym wyłączone z ubezpieczenia od szkód materialnych – § 5 OWU,
   b) szkody w sprzęcie pomocniczym/zasilającym, zabezpieczającym prawidłowe funkcjonowanie systemu elektronicznego przetwarzania danych,
   c) utratę danych, uszkodzenie lub zniszczenie nośników danych,
   d) ograniczenia w zakresie odbudowy lub eksploatacji nałożone przez władze publiczne,
   e) brak kapitału na naprawę lub wymianę utraconych lub uszkodzonych przedmiotów,
   f) zmiany lub ulepszenia przedmiotów objętych ubezpieczeniem,
   g) działanie ognia na ubezpieczony sprzęt elektroniczny pracujący bez nadzoru w obiekcie nie posiadającym automatycznego systemu alarmowania przeciwpożarowego,
   h) szkody zaistniałe w sprzęcie zastępującym czasowo przedmiot ubezpieczenia, który uległ szkodzie.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 16

1. Sumę ubezpieczenia określa Ubezpieczający i powinna odpowiadać wartości dodatkowych kosztów zastosowania niezbędnych środków zastępczych przez okres 12 miesięcy, przy czym:
   a) wyliczenie sumy ubezpieczenia dla proporcjonalnych kosztów dodatkowych powinno być oparte na kwocie dziennego odszkodowania oraz kwocie maksymalnego miesięcznego limitu odszkodowania określonej w polisie,

b) wyliczenie sumy ubezpieczenia dla nieproporcjonalnych kosztów dodatkowych powinno być oparte na kwocie określonej w polisie i płatnej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu na początku okresu przestoju spowodowanego szkodą materialną. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający za zgodą PZU SA może podwyższyć sumę ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki.

2. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

3. Proporcjonalne i nieproporcjonalne koszty dodatkowe ubezpieczane są na pierwsze ryzyko. Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o wypłacone odszkodowania. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA

§ 17

1. Górną granicę odpowiedzialności PZU SA stanowi:
a) w odniesieniu do proporcjonalnych kosztów dodatkowych – limit odszkodowania podany w polisie,
b) w odniesieniu do nieproporcjonalnych kosztów dodatkowych – suma ubezpieczenia podana w polisie.

2. PZU SA pokrywa koszty dodatkowe wymienione we wniosku-kwestionariuszu do polisy poniesione w okresie odszkodowawczym, przy czym:
a) za okres odszkodowawczy uważa się uzgodniony i podany w polisie okres czasu, za który PZU SA zwraca powstałe koszty dodatkowe objęte ochroną według OWU; ustalony okres odszkodowawczy powinien uwzględniać czas potrzebny na usunięcie uszkodzeń w ubezpieczonym sprzęcie, spowodowanych przez szkodę objętą ubezpieczeniem od szkód materialnych,
b) jeżeli nie ustalono inaczej okres odszkodowawczy trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się po stwierdzeniu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego szkody materialnej, nie wcześniej jednak niż w momencie powstania objętych ubezpieczeniem kosztów dodatkowych.

3. W odniesieniu do proporcjonalnych kosztów dodatkowych podstawę ustalenia wysokości szkody stanowi dzienny limit odszkodowania określony w polisie, przy czym:
a) jeżeli kwota faktycznie poniesionych kosztów dodatkowych przypadających na każdy dzień przestoju jest wyższa od ustalonej kwoty dziennego odszkodowania, wysokość szkody odpowiada sumie poniesionych kosztów dodatkowych w okresie miesiąca nie wyższej niż wysokość miesięcznego limitu odszkodowania,
b) odszkodowanie należne za cały okres odszkodowawczy jest ograniczone do kwoty ustalonego limitu odszkodowania.

4. W odniesieniu do nieproporcjonalnych kosztów dodatkowych podstawę ustalenia wysokości szkody stanowią koszty poniesione nie wyższe niż suma ubezpieczenia ustalona w polisie.

5. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej wartości szkody z tym, że od wyliczonej wartości szkody potrąca się:
a) w odniesieniu do proporcjonalnych kosztów dodatkowych podany w polisie udział własny wyrażony liczbą dni roboczych,
b) w odniesieniu do nieproporcjonalnych kosztów dodatkowych podany w polisie udział własny wyrażony procentowo.

6. Nie mają tu zastosowania postanowienia zawarte w § 6 ust. 5 OWU, dotyczące niedoubezpieczenia.

POSTANOWIENIA OGÓLNE DLA ROZDZIAŁÓW I, II I III
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 18

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który wraz z innymi dokumentami wyszczególnionymi w polisie stanowi integralną część umowy.

2. PZU SA może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji związanych z oceną ryzyka. PZU SA zastrzega sobie także prawo żądania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji, jeżeli uzna, że dotychczas otrzymane nie są wystarczające do prawidłowej oceny ryzyka.

3. Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w ust. 4, w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisy).

4. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU SA doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego od treści złożonej przez niego oferty, PZU SA zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

5. Składkę ubezpieczeniową, należną PZU SA za czas trwania odpowiedzialności określony w umowie ubezpieczenia, oblicza się na podstawie obowiązującej taryfy w zależności od rodzaju mienia, sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz obniżek lub podwyżek składki ubezpieczeniowej wynikających z oceny ryzyka, ograniczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, jednorazowej opłaty składki ubezpieczeniowej, wysokości udziału własnego, przebiegu ubezpieczenia, kontynuacji ubezpieczenia w PZU SA.

6. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona w całości w formie gotówkowej lub w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej z chwilą zawarcia umowy.
Na wniosek Ubezpieczającego zapłata składki ubezpieczeniowej może być rozłożona na raty. Terminy i wysokość kolejnych rat składki ubezpieczeniowej określa się w polisie.

7. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego, za datę zapłaty uważa się datę złożenia zlecenia zapłaty w banku na właściwy rachunek PZU SA pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość wolnych środków. Jeżeli zapłata składki lub raty składki dokonywana jest w formie przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się datę stempla pocztowego. W innym przypadku za datę zapłaty uważa się datę, w której pełna kwota składki lub jej raty znalazła się na rachunku PZU SA w taki sposób, że mógł nią dysponować.

8. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

9. W razie ujawnienia okoliczności, które pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 19

1. Odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki w całości (albo pierwszej raty), chyba że w umowie przewidziano inny termin odpowiedzialności.

2. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej umowę zawiera się na okres roczny bądź okres krótszy od roku (ubezpieczenie krótkoterminowe).

3. Jeżeli PZU SA ponosił odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostały opłacone

w ustalonym terminie, PZU SA ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym Ubezpieczającego i jednocześnie zachowując prawo żądania zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka. Jeżeli składka opłacana jest w ratach i kolejna rata (poza pierwszą) nie została opłacona w ustalonym terminie, PZU SA po upływie terminu płatności tej raty może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty zaległej kwoty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności PZU SA.

4. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
5. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę. Przeniesienie praw wymaga uprzedniej zgody PZU SA. W razie przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia przechodzą także obowiązki, jakie ciążyły na zbywcy, chyba, że strony za zgodą PZU SA umówiły się inaczej. Pomimo tego przejścia obowiązków zbywca odpowiada solidarnie z nabywcą za zapłatę składki przypadającej za czas do chwili przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę. Przepisy niniejszego ustępu nie mają zastosowania do przenoszenia wierzytelności, jakie powstały lub mogą powstać wskutek zajścia przewidzianego w umowie wypadku.
6. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w polisie;
   2) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia w wyniku wypłaty odszkodowania lub odszkodowań;
   3) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 3;
   4) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy;
   5) z chwilą przeniesienia własności ubezpieczonego mienia, jeżeli nie dokonano przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę;
   6) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania PZU SA do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w tym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności;
   7) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 9.
7. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

20

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA 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 jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających 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.
5. Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć PZU SA wykaz ubezpieczanych przedmiotów z charakterystyką (dane identyfikacyjne) oraz wartością zadeklarowaną do ubezpieczenia (sumą ubezpieczenia).
6. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
   1) stosować się do wymagań i zaleceń producenta dotyczących utrzymania sprzętu w dobrym stanie technicznym zapewniającym prawidłową jego eksploatację oraz stosować środki ostrożności w celu uniknięcia szkód;
   2) utrzymywać w należytym stanie środki zabezpieczenia mienia przed szkodą oraz dołożyć należytej staranności w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania tych zabezpieczeń;
   3) zapewnić każdorazowo przedstawicielowi PZU SA dostęp do przedmiotu objętego ubezpieczeniem w celu przeprowadzenia lustracji ryzyka;
   4) przestrzegać wymogów w zakresie bezpieczeństwa przeciwkradzieżowego określonych w § 2 pkt 10;
   5) w przypadku ubezpieczenia danych – co najmniej raz w tygodniu wykonywać kopie zapasowe danych i przechowywać je w szafie ogniotrwałej, sejfie lub innej strefie pożarowej;
   6) w przypadku ubezpieczenia sprzętu elektronicznego – zainstalować i konserwować urządzenia zabezpieczające sprzęt elektroniczny przed pośrednim działaniem wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych zgodnie z zaleceniami producentów sprzętu elektronicznego, urządzeń zabezpieczających i alarmowych.
7. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczający obowiązany jest użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
8. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 7 PZU SA wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
9. PZU SA obowiązany jest w granicach sumy ubezpieczenia zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 7, jeżeli środki te były celowe choćby okazały się bezskuteczne.
10. W razie ubezpieczenia na cudzy rachunek postanowienia ust. 7–9 stosuje się również do Ubezpieczonego.
11. Ubezpieczający ma obowiązek zawiadomienia PZU SA o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od uzyskania wiadomości o wypadku.
12. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku nie wystąpią, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 11 otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
13. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek, o którym mowa w ust. 11 obciąża także Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony nie wie o zawarciu umowy na jego rachunek.
14. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w ust. 11 PZU SA może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

15. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest:
1) niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni roboczych, powiadomić Policję o każdej szkodzie, która mogła powstać wskutek przestępstwa;
2) nie dokonywać żadnych zmian stanu faktycznego spowodowanego zdarzeniem do czasu oględzin przez przedstawiciela PZU SA, chyba, że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzie lub zmniejszenia szkody. PZU SA nie może powoływać się na ten zakaz, jeżeli nie rozpoczął czynności likwidacyjnych w ciągu 7 dni od daty zawiadomienia go o szkodzie;
3) udzielić przedstawicielowi PZU SA pomocy i wyjaśnień w ustalaniu okoliczności powstania szkody, jej przedmiotu i wysokości;
4) sporządzić na własny koszt i przedstawić PZU SA w ustalonym terminie i formie rachunek strat wraz z dokumentacją źródłową, stanowiącą podstawę sporządzenia rachunku szkody.

16. W razie naruszenia obowiązków, o których mowa w ust. 6 z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa, PZU SA wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu, chyba, że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

17. PZU SA przysługuje, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia jak i w trakcie jej trwania, prawo do inspekcji miejsca i przedmiotu ubezpieczenia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz sformułowania ewentualnych rekomendacji i zaleceń dotyczących kontroli tego ryzyka. Koszty takiej inspekcji pokrywa w całości PZU SA, o ile nie umówiono się inaczej.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 21

1. PZU SA wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.

2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA 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 PZU SA powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.

3. PZU SA jest zobowiązany:
1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
2) jeżeli w terminach określonych w ust. 1 i 2 nie wypłaci odszkodowania, do zawiadomienia pisemnie:
   a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
   b) Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części odszkodowania;
3) jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
   a) osoby występującej z roszczeniem oraz
   b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
4) do udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości odszkodowania, osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości odszkodowania;
7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 22

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przez PZU SA roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na PZU SA do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli PZU SA pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia pozostałej części roszczeń przed roszczeniem PZU SA.

2. Ubezpieczony lub Ubezpieczający zobowiązany jest zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić PZU SA pomocy dostarczając informacji oraz dokumentów niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych, o ile są w jego posiadaniu lub ma możliwość ich uzyskania. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody PZU SA zrzekł się lub ograniczył roszczenia przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, PZU SA może odmówić odszkodowania lub je odpowiednio zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłaceniu odszkodowania PZU SA może zażądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

3. W razie uzyskania informacji o przedmiotach zaginionych lub skradzionych, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest zawiadomić o tym niezwłocznie policję i PZU SA oraz uczestniczyć w czynnościach zmierzających do rozpoznania i odzyskania tych przedmiotów. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony odzyskał przedmioty w stanie niezmienionym, PZU SA wolny jest od obowiązku wypłaty odszkodowania, a w razie gdy odszkodowanie zostało wypłacone, Ubezpieczony jest obowiązany niezwłocznie zwrócić PZU SA wypłaconą kwotę. W razie odzyskania przedmiotów w stanie uszkodzonym lub niekompletnym, zwrotowi podlega kwota odpowiadająca wartości przedmiotu w dniu odzyskania.

PODWÓJNE UBEZPIECZENIE

§ 23

1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczony nie może żądać odszkodowania przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.
2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty odszkodowania w części przenoszącej wysokość szkody Ubezpieczony może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym postanowieniu, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 24

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone w formie:
   1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
   2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
   1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
   2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU SA to: reklamacje@pzu.pl.
13. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach w konsumentem jest język polski.
14. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
16. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
17. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO

ustalonych uchwałą nr UZ/432/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r. oraz uchwałą nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. i ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Nr	Klauzula – Nazwa	Rozszerzenie	Ograniczenie	Odrębne uregulowanie	Ochrona dodatkowa
1	2	3	4	5	6
101/1	Ubezpieczenie sprzętu przenośnego (w tym telefonów komórkowych)	X			
101/2	Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego zamontowanego na stałe w pojazdach	X			
101/3	Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego zamontowanego na stałe w samolotach	X			
101/4	Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego zamontowanego na stałe na jednostkach pływających	X			
102	Rozszerzenie zakresu terytorialnego	X			
103	Zrzeczenie się prawa do regresu	X			
104	Tymczasowe magazynowanie lub chwilowa przerwa w eksploatacji sprzętu	X			
105	Wyłączenie ryzyka działania ognia		X		
107	Wyłączenie ryzyka kradzieży z włamaniem i rabunku		X		
108	Wyłączenie ryzyka działania wody		X		
109	Ograniczenie odpowiedzialności przy umowie najmu/leasingu/dzierżawy		X		
110	Wartość odszkodowania przy umowie najmu/leasingu/dzierżawy		X		
120	Ubezpieczenie nośników obrazu w urządzeniach fotokopiujących (bębny selenowe)	X			
121/1	Ubezpieczenie lamp od wszystkich ryzyk	X			
121/3	Wyłączenie lamp elektronowych		X		
125	Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego w wozach transmisyjnych			X	
126	Urządzenia do jądrowego rezonansu magnetycznego			X	
132	Odszkodowanie w gotówce (do wartości rzeczywistej sprzętu)		X		
135	Ubezpieczenie endoskopów			X	
137	Automatyczne włączenie do ochrony ubezpieczeniowej sprzętu nowo nabytego			X	
140/1	Strajki, rozruchy, zamieszki wewnętrzne				X
140/2	Terroryzm, sabotaż				X
141	Trzęsienie ziemi				X
142	Huragan				X
143	Fracht lotniczy z zagranicy				X
144	Koszty dojazdów specjalistów/ ekspertów z zagranicy				X
146	Koszty ponownego napełniania automatycznych urządzeń gaśniczych				X
147	Ubezpieczenie sprzętu/części od szkód materialnych od daty dostawy do daty włączenia do eksploatacji				X
201	Transport nośników danych	X			
301	Dodatkowe koszty w sprzęcie zabezpieczającym system elektronicznego przetwarzania danych	X			
303/1	Dodatkowe koszty w sprzęcie przenośnym	X			

KLAUZULA 101/1

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU PRZENOŚNEGO (W TYM TELEFONÓW KOMÓRKOWYCH)

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody powstałe w elektronicznym sprzęcie przenośnym (również w telefonach komórkowych) użytkowanym do celów służbowych poza miejscem ubezpieczenia określonym w polisie.
W przypadku kradzieży z włamaniem ubezpieczonych przedmiotów z pojazdu PZU SA odpowiada tylko wtedy gdy:
- pojazd posiada trwałe zadaszenie (jednolita sztywna konstrukcja),
- w trakcie postoju podczas transportu pojazd został prawidłowo zamknięty na wszystkie istniejące zamki i włączony został sprawnie działający system alarmowy,
- kradzież z włamaniem miała miejsce pomiędzy godziną 6.00 a 22.00 (ograniczeń czasowych nie stosuje się, gdy pojazd z transportowanym sprzętem był pozostawiony na parkingu strzeżonym lub w zamkniętym garażu),
- sprzęt pozostawiony w pojeździe jest niewidoczny z zewnątrz.

W każdym przypadku utraty sprzętu (w tym również telefonów) w wyniku kradzieży z włamaniem lub rabunku Ubezpieczony ponosi udział własny w wysokości 25% wartości szkody, nie mniejszy jednak od ustalonego w polisie.
PZU SA nie odpowiada za szkody objęte ubezpieczeniem Auto-Casco i OC sprawcy szkody oraz powstałe wskutek niewłaściwego, niezgodnego z zaleceniami producenta opakowania lub jego braku.

KLAUZULA 101/2

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO ZAMONTOWANEGO NA STAŁE W POJAZDACH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody powstałe w elektronicznym sprzęcie zainstalowanym na stałe wewnątrz pojazdu lub przyczepy o jednolitej sztywnej konstrukcji i używanym lub przewożonym w celach służbowych w obrębie terytorialnych granic: _____
PZU SA jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania za utratę sprzętu z powodu kradzieży z włamaniem tylko wtedy gdy:
- pojazd posiada trwałe zadaszenie (jednolita sztywna konstrukcja),
- pojazd został odpowiednio zabezpieczony (zamknięty na wszystkie istniejące zamki i włączony został sprawnie działający system alarmowy),
- kradzież z włamaniem miała miejsce pomiędzy godziną 6.00 a 22.00 (ograniczeń czasowych nie stosuje się, gdy pojazd z transportowanym sprzętem był pozostawiony na parkingu strzeżonym lub w zamkniętym garażu).

PZU SA nie odpowiada za szkody objęte ubezpieczeniem Auto-Casco i OC sprawcy szkody.

KLAUZULA 101/3

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO ZAMONTOWANEGO NA STAŁE W SAMOLOTACH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody z tytułu utraty lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego zainstalowanego w samolocie. Miejscem ubezpieczenia jest samolot, określony w umowie ubezpieczenia. W przypadku przeniesienia ubezpieczonego sprzętu na inny statek powietrzny, Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest zobowiązany w terminie 2 dni roboczych od chwili zajścia zmian powiadomić o tym fakcie PZU SA. Zaniechanie tego obowiązku powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej sprzętu przeniesionego. PZU SA nie odpowiada za szkody, które mogą być ubezpieczone w ramach ubezpieczenia Casco-lotnicze.

KLAUZULA 101/4

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO ZAMONTOWANEGO NA STAŁE NA JEDNOSTKACH PŁYWAJĄCYCH PO WODACH ŚRÓDLĄDOWYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody z tytułu utraty lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego zainstalowanego na jednostce pływającej. Miejscem ubezpieczenia jest jednostka pływająca określona w umowie ubezpieczenia. W przypadku przeniesienia ubezpieczonego sprzętu na inną jednostkę pływającą, Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest zobowiązany w terminie 2 dni roboczych od chwili zajścia zmian powiadomić o tym fakcie PZU SA. Zaniechanie tego obowiązku powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej sprzętu przeniesionego. PZU SA nie odpowiada za szkody spowodowane przez miny i torpedy oraz szkody, które są konsekwencją całkowitej utraty sprzętu elektronicznego w związku z utratą jednostki pływającej.

KLAUZULA 102

ROZSZERZENIE ZAKRESU TERYTORIALNEGO

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż zakres terytorialny ubezpieczenia sprzętu elektronicznego jest rozszerzony i obejmuje: _____

KLAUZULA 103

ZRZECZENIE SIĘ PRAWA DO REGRESU

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA zrzeka się swoich praw do regresu z tytułu szkody w sprzęcie elektronicznym wobec osób trzecich lub ich pracowników, użytkujących ubezpieczony sprzęt za zgodą Ubezpieczającego. Zrzeczenie się prawa do regresu nie ma zastosowania, gdy osoby te wyrządziły szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa. Klauzula ta nie dotyczy firm serwisowych i konserwacyjnych.

KLAUZULA 104

TYMCZASOWE MAGAZYNOWANIE LUB CHWILOWA PRZERWA W EKSPLOATACJI SPRZĘTU

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody z tytułu utraty lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego, który wcześniej sprawny technicznie i eksploatowany pozostaje chwilowo nie użytkowany lub tymczasowo magazynowany w miejscu ubezpieczenia wskazanym w polisie. Przez termin „tymczasowo" rozumie się okres nie przekraczający 6 m-cy. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 7 dni roboczych od dnia zajścia zmian powiadomić PZU SA o dacie rozpoczęcia tymczasowego magazynowania oraz o miejscu magazynowania jeżeli jest ono inne niż określone w polisie. Zaniechanie tego obowiązku powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej sprzętu ubezpieczonego na podstawie niniejszej Klauzuli.
PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za sprzęt magazynowany w celach handlowych lub najmu lub leasingu.

KLAUZULA 105

WYŁĄCZENIE RYZYKA DZIAŁANIA OGNIA

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w sprzęcie elektronicznym, a spowodowane przez działanie ognia i inne zdarzenia w rozumieniu § 4 ust. 1 pkt c).

KLAUZULA 107

WYŁĄCZENIE RYZYKA KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM I RABUNKU

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za szkody w sprzęcie elektronicznym spowodowane zaginięciem na skutek kradzieży z włamaniem lub rabunku w rozumieniu § 4 ust. 1 pkt. b) oraz za szkody materialne związane z którymś z tych zdarzeń.

KLAUZULA 108

WYŁĄCZENIE RYZYKA DZIAŁANIA WODY

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za szkody w sprzęcie elektronicznym spowodowane przez działanie wody i inne zdarzenia w rozumieniu § 4 ust. 1 pkt d).

KLAUZULA 109

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI PRZY UMOWIE NAJMU/LEASINGU/DZIERŻAWY

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ogranicza ochronę ubezpieczeniową i przyjmuje odpowiedzialność za sprzęt elektroniczny ubezpieczony przez najemcę/leasingobiorcę/dzierżawcę wyłącznie od zagrożeń nie objętych odpowiedzialnością wynikającą z zawartego kontraktu najmu/leasingu/dzierżawy. Klauzula ta nie narusza prawa regresowego.
Niniejsza Klauzula ma zastosowanie w przypadku, kiedy Ubezpieczający lub Ubezpieczony jest najemcą/leasingobiorcą lub dzierżawcą ubezpieczonego sprzętu.

KLAUZULA 110

WARTOŚĆ ODSZKODOWANIA PRZY UMOWIE NAJMU/LEASINGU/DZIERŻAWY

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż w przypadku szkody całkowitej w ubezpieczonym sprzęcie oddanym w najem/leasing/dzierżawę, górną granicą odszkodowania jest suma ubezpieczenia pomniejszona o opłaty z tytułu umowy najmu/leasingu/dzierżawy wniesione do dnia powstania szkody.
Niniejsza klauzula ma zastosowanie w przypadku, kiedy Ubezpieczający oddaje ubezpieczony sprzęt w najem/leasing/dzierżawę.

KLAUZULA 120

UBEZPIECZENIE NOŚNIKÓW OBRAZU W URZĄDZENIACH FOTOKOPIUJĄCYCH (BĘBNY SELENOWE)

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż z zastrzeżeniem poniższych ustaleń dotyczących likwidacji szkód odpowiedzialność PZU SA rozszerzona zostaje o szkody w bębnach selenowych urządzeń fotokopiujących.

Zasady likwidacji szkód w bębnach selenowych:
- w przypadku szkód spowodowanych działaniem ognia, wody lub kradzieży z włamaniem oraz rabunku odszkodowanie wypłacone będzie w wartości odtworzeniowej,
- w przypadku szkód spowodowanych przez inne niż wymienione wyżej ryzyka, wartość odtworzeniowa będzie zmniejszona o wskaźnik zużycia,
- wskaźnik zużycia określany jest jako stosunek liczby kopii wykonanych do dnia powstania szkody do normy technicznej (liczby kopii) przewidzianej przez producenta dla danego urządzenia.

KLAUZULA 121/1

UBEZPIECZENIE LAMP OD WSZYSTKICH RYZYK

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż odpowiedzialność PZU SA za utratę lub uszkodzenie lamp zostaje rozszerzona na wszystkie ryzyka na następujących warunkach:
- przy szkodach spowodowanych działaniem ognia, wody lub kradzieży z włamaniem oraz rabunku, odszkodowanie wypłacone będzie w pełnej wartości odtworzeniowej, tak samo jak za pozostałe części ubezpieczonego przedmiotu,
- przy szkodach, które zostały spowodowane przez inne niż wymienione wyżej ryzyka wartość odtworzeniowa będzie zmniejszona z tytułu zużycia lamp do momentu wystąpienia szkody zgodnie ze współczynnikiem zużycia podanym w pkt a) – Tabelą nr 1.
  albo w odniesieniu do tomografów komputerowych zgodnie ze wzorem podanym w pkt b).

Tabela nr 1

a) Oznaczenie lamp (bez tomografów komputerowych – patrz pkt b)	**Zmniejszenie odszkodowania**	
	po okresie użytkowania	**miesięczny współczynnik**
• Lampy rentgenowskie (poza medycyną) • Lampy laserowe (poza medycyną)	6 miesięcy	5,5%
• Lampy rentgenowskie anodowe – w szpitalach, oddziałach radiologicznych • Lampy laserowe (w medycynie) • Lampy elektronopromieniowe (CRT) w zapisie FOTO (poza medycyną) • Lampy analizujące (poza medycyną) • Tyratrony (w medycynie)	12 miesięcy	3,0%
• Lampy kineskopowe (poza medycyną) • Lampy wysokiej częstotliwości (poza medycyną)	18 miesięcy	2,5%
• Rentgeny-lampy anodowe przy częściach rentgenologicznych (w medycynie) • Inne lampy projektowe (w medycynie) • Lampy pamięciowe (poza medycyną) • Lampy fotopowielaczy (poza medycyną)	24 miesięcy	2,0%
• Lampy regulacyjne/stabilizujące (w medycynie) • Rentgenowskie lampy wzmacniające obraz (w medycynie) • Lampy analizujące/Kineskopy (w medycynie) • Lampy akceleratora liniowego (w medycynie)	24 miesięcy	1,5%

Okres eksploatacji rozpoczyna się z chwilą pierwszego uruchomienia aparatu i obejmuje okresy eksploatacji u poprzednich posiadaczy.

b) W przypadku lamp rentgenowskich z obrotową anodą zdalnie wyłączanych i lamp płaskich w tomografii komputerowej, kwota odszkodowania ulega zmniejszeniu o stawkę procentową obliczoną zgodnie z następującym schematem:

$$\frac{\mathbf{P} \times 100}{\mathbf{PG} \times \mathbf{X} \times \mathbf{Y}}$$

gdzie:

P = liczba (włączeń) godzin lub miesięcy eksploatacji realizowanej z użyciem odnośnej lampy (włącznie z okresem użytkowania przez poprzedniego właściciela) przed wystąpieniem szkody, zależnie od tego, na której z powyższych metod obliczania zużycia oparte są warunki gwarancji producenta.

PG = standardowy okres gwarancji udzielany przez producenta lamp obejmujący liczbę włączeń, godzin i m-cy eksploatacji,

X = współczynnik zależny od wieku lamp oraz udzielonej gwarancji przez producenta dla lamp danego rodzaju:

a) nowo zakupione lampy na gwarancji producenta współczynnik 1,

b) lampy na gwarancji producenta lecz dla których pozostało nie więcej niż 6 m-cy do zakończenia okresu gwarancji współczynnik 0,75,

c) lampy nie posiadające gwarancji producenta współczynnik 0,30,

Y = współczynnik likwidacyjny

a) lampy rentgenowskie współczynnik 2,

b) lampy zdalnie wyłączane/lampy płaskie współczynnik 3.

Jeżeli nie została udzielona gwarancja standardowa, wówczas zastosowanie znajdują indywidualne warunki udzielonej gwarancji.

KLAUZULA 121/3

WYŁĄCZENIE LAMP ELEKTRONOWYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż odpowiedzialność PZU SA za utratę lub uszkodzenie lamp elektronowych została całkowicie wyłączona z zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

KLAUZULA 125

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU ELEKTRONICZNEGO W WOZACH TRANSMISYJNYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA odpowiada za szkody w sprzęcie elektronicznym stanowiącym wyposażenie wozów transmisyjnych tylko wtedy, kiedy spełnione są następujące środki bezpieczeństwa:

- corocznie przeprowadzana jest przez wykwalifikowane służby techniczne kontrola stanu technicznego wozu transmisyjnego,
- wóz transmisyjny wyposażony jest w automatyczne urządzenia przeciwpożarowe i przeciwkradzieżowe lub znajduje się pod stałym dozorem osób profesjonalnie zajmujących się ochroną mienia. Ochrona taka nie jest wymagana, kiedy pojazd jest zamknięty na parkingu strzeżonym lub jest pozostawiony w zamkniętym garażu,
- urządzenia przeciwpożarowe napełnione są wystarczającą ilością nieniszczącego sprzęt elektroniczny środka gaśniczego np. CO 2 lub halonu. Dodatkowo w pojeździe znajduje się wystarczająca liczba ręcznych gaśnic.

PZU SA nie odpowiada za szkody objęte ubezpieczeniem Auto-Casco i OC sprawcy szkody.

KLAUZULA 126

URZĄDZENIA DO JĄDROWEGO REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA odpowiada za szkody w urządzeniach do jądrowego rezonansu magnetycznego tylko wówczas, gdy na te urządzenia zawarta została umowa o całkowitej konserwacji. W ramach niniejszej klauzuli środki chłodzące: hel, azot i inne gazy lub substancje chłodzące są materiałami w rozumieniu § 5 ust. 4 OWU sprzętu elektronicznego. Koszty ogrzewania i/lub ochładzania kriostatem są tylko wtedy ubezpieczone, kiedy pozostają w bezpośrednim związku z obowiązkiem wypłaty odszkodowania za szkodę w ubezpieczonym sprzęcie. Oblodzenie nie jest uznane jako szkoda w sprzęcie.
Dostarczone przez producenta standardowe oprogramowanie lub koszty jego wymiany są tylko wtedy ubezpieczone, kiedy pozostają w bezpośrednim związku z obowiązkiem wypłaty odszkodowania za szkodę w ubezpieczonym sprzęcie, o ile uwzględniono te koszty podczas ustalania wysokości sumy ubezpieczenia.

KLAUZULA 132

ODSZKODOWANIE DO WARTOŚCI RZECZYWISTEJ SPRZĘTU

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA wypłaca odszkodowanie za utratę lub uszkodzenie ubezpieczonego sprzętu do wysokości rzeczywistej wartości tego sprzętu bezpośrednio przed powstaniem szkody. Rzeczywista wartość dla lamp elektronowych jest określana zgodnie z Klauzulą nr 121/1.

KLAUZULA 135

UBEZPIECZENIE ENDOSKOPÓW ORAZ URZĄDZEŃ DO TERAPII DOŻYLNEJ

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w urządzeniach do endoskopii oraz do terapii dożylnej wyłącznie pod następującymi warunkami:

- w czasie przeprowadzania badań zachowane zostaną warunki bezpieczeństwa, wymagane do zachowania urządzenia w należytym stanie,
- przyrządy dodatkowe mogą zostać zastosowane tylko w stanie kiedy przewód endoskopu nie jest załamany w zgięciu,
- przestrzegane są każdorazowo zalecenia producenta dotyczące odpowiedniego stosowania, mocowania dodatkowych narzędzi, obsługi, konserwacji i przechowywania.

KLAUZULA 137

AUTOMATYCZNE WŁĄCZENIE DO OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ SPRZĘTU NOWO NABYTEGO

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza ochronę ubezpieczeniową na nowo nabyty sprzęt lub na sprzęt w posiadanie którego Ubezpieczający lub Ubezpieczony wszedł w trakcie trwania umowy, przy czym wartość tego sprzętu nie przekracza 30% łącznej sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że:

- automatyczne włączenie do ochrony ubezpieczeniowej następuje z chwilą wpisu nowego sprzętu do rejestru środków trwałych,
- do dnia _____ Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować PZU SA o sprzęcie nabytym i zarejestrowanym od momentu zawarcia umowy,
- do dnia _____ Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować PZU SA o sprzęcie nabytym i zarejestrowanym w okresie _____

Podwyższenie sumy pociąga za sobą opłatę dodatkowej składki liczonej począwszy od dnia następnego po zmianie sumy ubezpieczenia.

KLAUZULA 140/1

STRAJKI, ROZRUCHY, ZAMIESZKI WEWNĘTRZNE

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w następstwie strajków, rozruchów i zamieszek wewnętrznych do sumy wynoszącej _____ zł. (suma ubezpieczenia wg zasady „pierwszego ryzyka"). Nie stosuje się zasady niedoubezpieczenia.
Suma ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.
Na potrzeby niniejszej klauzuli za:
- strajk – uważa się celową przerwę w pracy większej grupy pracowników w celu wymuszenia żądań ekonomicznych lub politycznych,
- zamieszki – uważa się gwałtowne demonstracje, (nielegalne) wrogie akcje wymierzone przeciwko władzy w celu zmiany istniejącego porządku prawnego,
- rozruchy – uważa się gwałtowne demonstracje, które nie mieszczą się w kategorii zamieszek.

KLAUZULA 140/2

TERRORYZM, SABOTAŻ

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ponosi odpowiedzialność za szkody w sprzęcie elektronicznym powstałe w następstwie aktów terroryzmu lub sabotażu do sumy wynoszącej _____ zł. (suma ubezpieczenia wg zasady „pierwszego ryzyka"). Nie stosuje się zasady niedoubezpieczenia.
Jeżeli nie umówiono się inaczej, sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.
Na potrzeby niniejszej klauzuli za:
- akty terroryzmu – uważa się działania mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego dla osiągnięcia określonych skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych, ideologicznych, socjalnych lub społecznych,
- sabotaż – uważa się zamierzoną dezorganizację pracy przez uchylenie się od niej lub wadliwe jej wykonywanie, uszkadzanie lub niszczenie sprzętu i narzędzi pracy.

KLAUZULA 141

TRZĘSIENIE ZIEMI

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe w sprzęcie elektronicznym w następstwie trzęsienia ziemi.

KLAUZULA 142

HURAGAN

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA ponosi odpowiedzialność za szkody w sprzęcie elektronicznym spowodowane przez huragan.

KLAUZULA 143

FRACHT LOTNICZY Z ZAGRANICY

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe koszty dostawy frachtem lotniczym z zagranicy części zamiennych dla naprawy sprzętu po szkodzie do sumy wynoszącej _____ zł (suma ubezpieczenia wg zasady „pierwszego ryzyka"). Nie stosuje się zasady niedoubezpieczenia.
Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

KLAUZULA 144

KOSZTY DOJAZDU SPECJALISTÓW/EKSPERTÓW Z ZAGRANICY

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA w przypadku szkody rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o koszty dojazdu specjalistów/ekspertów z zagranicy, do sumy wynoszącej _____ zł (suma ubezpieczenia wg zasady „pierwszego ryzyka"). Nie stosuje się zasady niedoubezpieczenia.
Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki.

KLAUZULA 146

KOSZTY PONOWNEGO NAPEŁNIANIA AUTOMATYCZNYCH URZĄDZEŃ GAŚNICZYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA w przypadku szkody, rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o koszty ponownego napełnienia automatycznych urządzeń gaśniczych, które to urządzenia zostały objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Rozdziału I OWU sprzętu elektronicznego.
Koszty ponownego napełnienia automatycznych urządzeń gaśniczych ubezpiecza się – do sumy wynoszącej _____ zł. (suma ubezpieczenia wg zasady „pierwszego ryzyka"), pod następującymi warunkami, iż:
- użycie urządzeń gaśniczych zapobiegło powstaniu szkody z powodu pożaru, którego skutki były objęte ochroną ubezpieczenia, albo
- utracono czynniki gaśnicze w wyniku fałszywego alarmu, który był rezultatem zadziałania czujek przeciwpożarowych lub zdarzeniem wadliwości urządzeń przeciwpożarowych lub gaśniczych.

Sumę ubezpieczenia zmniejsza się o odszkodowanie wypłacone w danym okresie ubezpieczenia. Uzupełnienie sumy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego za opłatą dodatkowej składki. PZU SA ponosi odpowiedzialność w granicach uzupełnionej sumy ubezpieczenia od dnia następnego po opłaceniu tej składki. Nie stosuje się zasady niedoubezpieczenia.

KLAUZULA 147

UBEZPIECZENIE SPRZĘTU/CZĘŚCI OD SZKÓD MATERIALNYCH NA CZAS OD DATY DOSTAWY DO DATY WŁĄCZENIA DO EKSPLOATACJI

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej i przyjmuje odpowiedzialność za szkody materialne powstałe w sprzęcie elektronicznym/częściach od daty dostawy do planowanej daty włączenia do eksploatacji pod warunkiem, że:

- sprzęt elektroniczny/części są magazynowane w oryginalnych opakowaniach i pomieszczeniach do tego przystosowanych,
- termin magazynowania i montażu nie przekracza 6-ciu m-cy od daty dostawy. O przedłużeniu tego okresu PZU SA musi być poinformowany przez Ubezpieczającego w terminie 24 godzin. PZU SA przedłuża ochronę ubezpieczeniową ponad te 6 m-cy ale zastrzega sobie prawo ustanowienia warunków,
- ochrona ubezpieczeniowa w ramach tej klauzuli kończy się z chwilą przekazania sprzętu do ponownej eksploatacji. Od tego momentu zakres ochrony obowiązuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia sprzętu elektronicznego.

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach tej klauzuli pokrywa szkody, które powstały w dostarczanym lub przekazanym sprzęcie/częściach, o ile mienie to zostało zgłoszone do ubezpieczenia. Szkody, które powstały w związku z transportem lub montażem ubezpieczonego sprzętu lub szkody, które są pokrywane przez producenta, dostawcę lub firmę montującą, nie są przedmiotem tego ubezpieczenia.

KLAUZULA 201

TRANSPORT NOŚNIKÓW DANYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA odpowiada za szkody w ubezpieczonych danych i nośnikach danych także podczas transportu poza obszar ubezpieczony (pomiędzy różnymi jednostkami firmy).
Ubezpieczenie jest gwarantowane pod warunkiem wybrania odpowiedniego transportu i właściwego zapakowania ubezpieczonego sprzętu.
Odszkodowanie będzie ograniczone do sumy: _____ zł.

KLAUZULA 301

DODATKOWE KOSZTY – W SPRZĘCIE ZABEZPIECZAJĄCYM SYSTEM ELEKTRONICZNEGO PRZETWARZANIA DANYCH

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe koszty poniesione w następstwie szkody w sprzęcie pomocniczym/zasilającym, zabezpieczającym prawidłowe funkcjonowanie systemu elektronicznego przetwarzania danych (EPD), a potrzebnym dla funkcjonowania ubezpieczonych przedmiotów.

KLAUZULA 303/1

DODATKOWE KOSZTY W SPRZĘCIE PRZENOŚNYM

Ustala się z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia sprzętu elektronicznego, iż PZU SA rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe koszty w rozumieniu § 13 OWU sprzętu elektronicznego poniesione w następstwie szkody w przenośnym sprzęcie elektronicznym użytkowanym do celów służbowych poza miejscem ubezpieczenia określonym w polisie.
W przypadku kradzieży z włamaniem ubezpieczonych przedmiotów z pojazdu PZU SA odpowiada tylko wtedy gdy:

- pojazd wyposażony jest w trwałe zadaszenie (jednolita sztywna konstrukcja),
- w trakcie postoju podczas transportu pojazd został prawidłowo zamknięty na wszystkie istniejące zamki i włączony został sprawnie działający system alarmowy,
- kradzież z włamaniem miała miejsce pomiędzy godziną 6.00 a 22.00 (ograniczeń czasowych nie stosuje się, gdy pojazd z transportowanym sprzętem był pozostawiony na parkingu strzeżonym lub w zamkniętym garażu),
- sprzęt pozostawiony w pojeździe jest niewidoczny z zewnątrz.

W przypadku utraty sprzętu w wyniku zniszczenia, kradzieży z włamaniem (również z pojazdu) lub rabunku od wyliczonej wartości szkody potrąca się:

- w odniesieniu do kosztów proporcjonalnych – uzgodniony udział własny wyrażony liczbą dni roboczych,
- w odniesieniu do kosztów nieproporcjonalnych – uzgodniony udział własny wyrażony procentowo.

PZU SA nie odpowiada za szkody objęte ubezpieczeniem Auto-Casco i OC sprawcy szkody oraz powstałe wskutek niewłaściwego, niezgodnego z zaleceniami producenta opakowania lub jego braku.

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]
Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]
Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:
- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych w przypadku nieposiadania ubezpieczenia w PZU SA tj. w przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia lub po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, zgoda ta będzie podstawą prawną dla przetwarzania danych osobowych; do celów marketingu wykorzystywane będą podane dane kontaktowe oraz dane kontaktowe pozyskane w przyszłości,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,
- podejmowania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań.

Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.
Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

[Okres przechowywania danych]
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 dotyczących umowy ubezpieczenia.
Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym w związku z realizacją umowy ubezpieczenia komunikacyjnego albo turystycznego.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.

Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zarejestrowana w Polsce

Produkt: Leasing majątkowy

Pełne informacje podane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w dokumencie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia sprzętu elektronicznego ustalonych uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/432/2007 z dnia 26 lipca 2007 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/65/2011 z dnia 21 lutego 2011 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/114/2012 z dnia 28 marca 2012 r. oraz uchwałą nr UZ/430/2015 Zarządu PZU SA z dnia 23 grudnia 2015 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia sprzętu elektronicznego należy do działu II, grupa 9 załącznika do „Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej".

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ ubezpieczamy stacjonarny, przenośny sprzęt elektroniczny stanowiący własność bądź będący na podstawie tytułu prawnego w posiadaniu osoby, na rzecz której zawarto ubezpieczenie, a także w przypadku objęcia ochroną sprzętu elektronicznego umożliwiamy ubezpieczenie danych oraz wymiennych nośniki danych jak również zwiększonych kosztów działalności poniesionych w celu uniknięcia lub zmniejszenia przerw, zakłóceń w działalności na skutek szkody materialnej we wskazanym w polisie sprzęcie elektronicznym;
- ✓ ubezpieczamy sprzęt elektroniczny, który jest sprawny technicznie i gotowy do eksploatacji, zainstalowany zgodnie z zaleceniami producenta i wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem;
- ✓ umożliwiamy ubezpieczenie przenośnego sprzętu elektronicznego w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową sprzętu stacjonarnego;
- ✓ odpowiadamy za szkody materialne (fizyczne) polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu przedmiotu ubezpieczenia powstałe w wyniku zaistnienie zdarzeń losowych w szczególności spowodowane m.in przez niewłaściwe użytkowanie, błędną obsługę, kradzież z włamaniem, działania ognia, eksplozję, działanie wody, wiatru, wady produkcyjne a także za inne nietypowe szkody w mieniu nie wyłączone w OWU;
- ✓ w odniesieniu do zapasowych kopii danych ochrona ubezpieczeniowa obejmujemy także transport tych kopii pomiędzy miejscem ubezpieczenia wskazanym w polisie a miejscem ich przechowywania;
- ✓ sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający odrębnie dla każdego przedmiotu wymienionego we wniosku--kwestionariuszu lub wykazie stanowiącym integralna część polisy;
- ✓ udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w granicach sumy ubezpieczenia nieprzekraczającej wartości przedmiotu ubezpieczenia, która powinna być określona według wartości odtworzeniowej przedmiotu ubezpieczenia;
- ✓ zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony, ograniczony bądź w przypadku sprzętu specjalistycznego dokładnie sprecyzowany poprzez klauzule dodatkowe m.in. o szkody powstałe w elektronicznym sprzęcie przenośnym użytkowanym poza miejscem ubezpieczenia, zainstalowanym na stałe w pojazdach, czy samolotach, czy użytkowanym poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
- ✓ każdorazowa wypłata odszkodowania pomniejsza sumę ubezpieczenia o wypłaconą kwotę.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie nie obejmuje m.in.:

- ✗ szkód spowodowanych przez działanie wirusa programu lub kodu zakłócającego pracę programu, całego komputera, sieci, niezależnie od przyczyny ich pojawienia się, w tym związanego z Internetem lub korzystaniem z Internetu lub spowodowane działaniem pola magnetycznego;
- ✗ szkód powstałych w okresie gwarancyjnym, za które odpowiedzialny jest producent, serwisant, sprzedawca lub dostawca;
- ✗ szkód spowodowanych zagubieniem lub kradzieżą; z wyłączeniem szkód powstałych w wyniku kradzieży z włamaniem i rabunku;
- ✗ szkód, którymi są wyłącznie defekty estetyczne, które nie mają wpływu na pracę sprzętu.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie odpowiadamy m.in. za szkody:

- ! spowodowane w ubezpieczonym sprzęcie przez uszkodzony lub źle funkcjonujący system klimatyzacyjny, jeżeli system ten nie został wyposażony w oddzielny system alarmowy, który w sposób ciągły monitoruje temperaturę i wilgotność pomieszczeń w których znajduje się ubezpieczony sprzęt oraz może uruchomić niezależne alarmy optyczne lub akustyczne. Powyższe wyłączenie dotyczy sprzętu, który z uwagi na specyfikę swojej pracy wymaga stosowania odpowiednio regulowanych zewnętrznych warunków klimatyzacyjnych (odpowiedniej temperatury i wilgotności), zgodnie z instrukcją producenta sprzętu;
- ! spowodowane przez pośrednie działanie wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych, jeżeli sprzęt ten nie został wyposażony w urządzenia zabezpieczające przed pośrednim działaniem wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obowiązuje w Polsce. W zakresie sprzętu przenośnego za opłatą dodatkowej składki istnieje możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o inne kraje.

Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek m.in.:
- podać wszystkie dane, o które pytamy przy zawarciu umowy;
- najszybciej, jak to możliwe, poinformować nas o zmianach powstałych w trakcie ubezpieczenia;
- dostarczyć nam wykaz ubezpieczanych przedmiotów z charakterystyką (dane identyfikacyjne) oraz wartością zadeklarowaną do ubezpieczenia (sumą ubezpieczenia);
- przechowywać i eksploatować ubezpieczone mienie zgodnie z zaleceniami i wskazówkami producenta dotyczących utrzymania sprzętu w dobrym stanie technicznym zapewniającym prawidłową jego eksploatację oraz stosować środki ostrożności w celu uniknięcia szkód;
- utrzymywać w należytym stanie środki zabezpieczenia mienia przed szkodą oraz dołożyć należytej staranności w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania tych zabezpieczeń;
- w przypadku ubezpieczenia danych – co najmniej raz w tygodniu wykonywać kopie zapasowe danych i przechowywać je w szafie ogniotrwałej, sejfie lub innej strefie pożarowej;
- w przypadku ubezpieczenia sprzętu elektronicznego – zainstalować i konserwować urządzenia zabezpieczające sprzęt elektroniczny przed pośrednim działaniem wyładowań elektrycznych w atmosferze i zjawisk pochodnych zgodnie z zaleceniami producentów sprzętu elektronicznego, urządzeń zabezpieczających i alarmowych;
- najszybciej, jak to możliwe, powiadomić nas o szkodzie lecz nie później niż 3 dni od momentu, kiedy uzyska wiedzę o zdarzeniu;
- podjęcia współpracy z nami w zbadaniu szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę płaci ubezpieczający. Może to zrobić jednorazowo lub w ratach. Terminy płatności są podane w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczenia trwa:
- od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia lub później. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, możemy wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W razie braku wypowiedzenia umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka;
- od daty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia, jeśli termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty przypada przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia – nie wcześniej niż następnego dnia po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Jeśli ubezpieczający nie zapłaci składki lub jej raty w ustalonym terminie, po jego upływie rozwiążemy umowę.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa m.in.:
- z końcem okresu ubezpieczenia albo, w dniu odstąpienia;
- w dniu, w którym suma ubezpieczenia się wyczerpie;
- w dniu, w którym ubezpieczający otrzyma pisemne wypowiedzenie umowy ze skutkiem natychmiastowym;
- z chwilą przeniesienia własności ubezpieczonego mienia, jeżeli nie dokonano przeniesienia praw z umowy ubezpieczenia na nabywcę;
- po 7 dniach od otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty kolejnej raty składki – pod warunkiem, że w wezwaniu poinformowaliśmy go, że ochrona wygaśnie, jeśli ubezpieczający nie zapłaci w tym czasie.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy zawartej na ponad 6 miesięcy:
- w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli jest konsumentem;
- w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jest przedsiębiorcą.

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STRATY FINANSOWEJ - GAP FAKTURA SAMOCHODY CIĘŻAROWE o DMC pow. 3,5t - TYP B

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania.	§ 7 SWU § 8 SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia.	§ 11 SWU

WPROWADZENIE

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia straty finansowej - GAP Faktura, zwane dalej „warunkami ubezpieczenia", szczegółowo określają zakres i zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka straty finansowej korzystających lub pożyczkobiorców, którzy zawarli umowy leasingu lub pożyczki z Santander Leasing S.A. z siedzibą w Poznaniu.

§ 1 Definicje

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. Administrator – AXA Partners SA z o.o. Oddział w Polsce (część AXA) z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, KRS: 0000670677 działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych, oraz ustalania rozmiaru odszkodowań należnych uprawnionym;
2. Agent ubezpieczeniowy – Santander Finanse Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Kolorowej 8, NIP 782-245-74-33, nr 11209343/A w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisje Nadzoru Finansowego, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
3. Data rejestracji – data pierwszej rejestracji pojazdu w roku jego produkcji, a jeżeli pierwsza rejestracja została dokonana w innym roku niż rok produkcji – 31 grudnia roku produkcji;
4. Deklaracja ubezpieczeniowa – złożony na formularzu Ubezpieczyciela, wniosek Ubezpieczonego o zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej przez Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka straty finansowej, na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia i w odniesieniu do wskazanego w tym wniosku pojazdu;
5. Dzień rozpoczęcia ochrony – dzień złożenia deklaracji ubezpieczeniowej przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę, nie wcześniej niż dzień pierwszej rejestracji pojazdu w kraju, po dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej;
6. Dzień wystąpienia zdarzenia – dzień powstania szkody całkowitej;
7. Korzystający, pożyczkobiorca – podmiot prowadzący działalność gospodarczą, będący użytkownikiem pojazdu, który zawarł umowę leasingu lub pożyczki:
8. Odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC lub OC – kwota wypłacona przez Ubezpieczyciela pierwotnego na podstawie umowy ubezpieczenia AC lub OC z tytułu szkody całkowitej, obliczona, jako różnica pomiędzy wartością rynkową pojazdu, a wartością pozostałości tj. wartością pojazdu w stanie po szkodzie całkowitej, zaś w przypadku kradzieży pojazdu wynosząca, co najmniej wartość rynkową pojazdu;
9. Okres ubezpieczenia – okres trwający od dnia rozpoczęcia ochrony przez liczbę miesięcy, na którą została zawarta umowa leasingu/pożyczki; okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 6 miesięcy i kończy się najpóźniej z upływem 61 miesięcy jego trwania;
10. Pojazd – pojazd samochodowy oraz przyczepy i naczepy, będące przedmiotem umowy leasingu, lub na zakup, których została udzielona przez Santander Leasing SA pożyczka, których charakterystyka jest zgodna z warunkami opisanymi w warunkach ubezpieczenia oraz których dane identyfikacyjne (numer vin, numer rejestracyjny) Ubezpieczający podał Ubezpieczycielowi;
11. Pojazd nowy - pojazd w rozumieniu pkt 10) fabrycznie nowy, w okresie od roku jego produkcji do końca roku kalendarzowego następującego po roku jego produkcji; za pojazd nowy uważa się również każdy pojazd demonstracyjny i pojazd pokazowy, z przebiegiem do 1000 km, bezwypadkowy, w stosunku którego w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy leasingu / umowy pożyczki nie upłynęło więcej niż 1 rok od daty rejestracji;
12. Pojazd używany - pojazd w rozumieniu pkt 10) niespełniający warunków z pkt 11);
13. Strata finansowa – strata Ubezpieczonego powstała na skutek szkody całkowitej, w rozliczeniu z umowy leasingu lub pożyczki, w wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wartością początkową pojazdu, a odszkodowaniem z umowy ubezpieczenia AC lub OC powiększonym o:
    a) wartość pozostałości, tj. wartość pojazdu po szkodzie całkowitej, chyba że własność pozostałości przeszła na Ubezpieczyciela pierwotnego, a ich wartość uwzględnia odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC lub OC oraz o
    b) kwoty udziału własnego, franszyzy redukcyjnej, potrąceń i innych odliczeń, jakich dokonał Ubezpieczyciel pierwotny;
14. Suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu straty finansowej w odniesieniu do danego pojazdu. Suma ubezpieczenia pojazdu jest równa stracie finansowej, z zastrzeżeniem postanowień § 7;
15. Szkoda całkowita – kradzież, zniszczenie lub uszkodzenie pojazdu, w takim stopniu, że jego naprawa jest niemożliwa lub jej koszt przekracza 70% wartości rynkowej pojazdu na dzień wystąpienia zdarzenia, w wyniku, czego zostało wypłacone odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC albo koszt naprawy przekracza 100% wartości rynkowej pojazdu na dzień wystąpienia zdarzenia w wyniku, czego zostało wypłacone odszkodowanie z umowy ubezpieczenia OC;
16. Umowa leasingu – umowa leasingu zawarta pomiędzy Santander Leasing SA a Korzystającym, której przedmiotem jest pojazd;
17. Umowa pożyczki – umowa pożyczki zawarta pomiędzy Santander Leasing SA a Pożyczkobiorcą, zaciągniętej na zakup pojazdu;
18. Umowa ubezpieczenia AC lub OC – dobrowolna umowa ubezpieczenia komunikacyjnego obejmująca ryzyko szkody całkowitej i kradzieżowej w pojeździe (dalej także „umowa ubezpieczenia AC") lub umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej także „umowa ubezpieczenia OC");
19. Umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia straty finansowej zawarta w Warszawie, w dniu 1 lipca 2012 r., pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, na rachunek Ubezpieczonych;
20. Ubezpieczający/finansujący – Santander Leasing S.A. z siedzibą w Poznaniu;
21. Ubezpieczyciel – AXA France IARD Societe Anonyme, zarejestrowaną we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727, podlegający nadzorowi ubezpieczeniowemu Autorite de Controle Prudentiel we Francji oraz notyfikowany w Komisji Nadzoru Finansowego;
22. Ubezpieczony – korzystający lub pożyczkobiorca, na którego rzecz została zastrzeżona ochrona ubezpieczeniowa, świadczona przez Ubezpieczyciela na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia;
23. Uprawniony - Santander Leasing S.A., za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniony do otrzymania odszkodowania ustalonego na zasadach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia do wysokości zobowiązań Korzystającego/Pożyczkobiorcy wynikających z Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki. Różnica pomiędzy kwotą odszkodowania z tytułu ubezpieczenia straty finansowej, a kwotą zobowiązań Korzystającego/Pożyczkobiorcy wynikających z Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki pozostająca po rozliczeniu zobowiązań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym przekazywana jest Korzystającemu/Pożyczkobiorcy przez Uprawnionego, na zasadach określonych przez Uprawnionego;
24. Ubezpieczyciel pierwotny – zakład ubezpieczeń, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia AC lub OC;
25. Wartość fakturowa pojazdu – ustalona w fakturze zakupu wartość pojazdu netto (wartość bez kwoty podatku VAT), netto +50% VAT lub brutto (wraz z kwotą podatku VAT w pełnej wysokości uwzględniająca podatek VAT w 100%) wraz z wartością (odpowiednio netto, netto +50% VAT lub brutto) akcesoriów montowanymi fabrycznie i akcesoriów montowanych przez sprzedawcę, jeżeli zostały wyszczególnione w fakturze zakupu pojazdu, z wyłączeniem opłat gwarancyjnych, opłat za dostawę, składek ubezpieczeniowych, opłat administracyjnych i opłat za tablice rejestracyjne. Wartość fakturowa pojazdu uwzględnia udzielone rabaty i upusty handlowe, jeżeli zostały wyszczególnione w fakturze zakupu pojazdu;
26. Wartość rynkowa pojazdu – wartość pojazdu netto (wartość pomniejszona o naliczony podatek VAT), netto +50% VAT lub wartość pojazdu brutto (wraz z kwotą podatku VAT w pełnej wysokości uwzględniająca podatek VAT w 100%), o takim samym roczniku, przebiegu i modelu, co pojazd w dniu zajścia szkody całkowitej, określona przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
27. Wartość początkowa pojazdu:
    a) dla pojazdów fabrycznie nowych, finansowanych w ramach nowo zawieranych umów leasingu / pożyczki jest to wartość fakturowa pojazdu, a w przypadku braku faktury wartość pojazdu określona w umowie sprzedaży pojazdu. Przy umowach leasingu / pożyczki, gdzie płatność do dostawcy będzie w innej walucie niż polski złoty oraz dla umów na przedmioty zamawiane, jako wartość początkową pojazdu ustala się ostateczną wartość przedmiotu umowy leasingu / pożyczki (wartość finansowania umowy z uwzględnieniem kosztów prefinansowania), ustaloną zgodnie z zasadami wyrażonymi w umowie leasingu/ pożyczki;

b) dla pojazdów używanych finansowanych w ramach nowo zawieranych umów leasingu / pożyczki jest to wartość fakturowa pojazdu, a w przypadku braku faktury wartość pojazdu określona w umowie sprzedaży pojazdu;
c) dla pojazdów używanych, finansowanych w ramach trwających umów leasingu / pożyczki jest to wartość rynkowa pojazdu ustalana przy zawieraniu umowy ubezpieczenia AC bezpośrednio przed dniem objęcia ochroną Umowy ubezpieczenia Straty finansowej.

W przypadku, gdy różnica między wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany wartości początkowej pojazdu do wysokości sumy ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC. W takim przypadku składka ubezpieczeniowa zostanie ponownie zrekalkulowana.

§ 2 Postanowienia ogólne

1. Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia, przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko powstania straty finansowej (ubezpieczone zdarzenie).
2. Ubezpieczenie straty finansowej może dotyczyć każdego pojazdu samochodowego, o dopuszczalnej masie całkowitej większej niż 3,5 tony lecz nie większej niż 44 tony z wyłączeniem: autobusów miejskiej komunikacji publicznej i innych pojazdów służących do odpłatnego przewozu osób, pojazdów uprzywilejowanych i specjalnych w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, taksówek bagażowych, pojazdów wykorzystywanych do nauki jazdy, pojazdów używanych w wyścigach, rajdach lub jazdach testowych, wykorzystywanych jako bankowozy (z wyłączeniem pojazdów osobowych w zabudowie typu „C"), karetek, karawanów pogrzebowych, pojazdów wykorzystywanych w policji, wojsku, straży pożarnej i straży granicznej, straży miejskiej, pojazdów przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych, przyczep turystycznych lub kempingowych, pojazdów z silnikami rotacyjnymi, pojazdów pomocy drogowej, lawet, pojazdów o zmodyfikowanej konstrukcji odbiegającej od specyfikacji podanej przez producenta, cystern w tym również naczep cystern oraz autocystern.
3. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie obliczone na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia, o ile nie zachodzą okoliczności wyłączające jego odpowiedzialność.

§ 4 Warunki udzielenia ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej jedynie wówczas, gdy spełnione są łącznie następujące warunki:
   1) ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony ma miejsce zamieszkania lub siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej;
   2) w dniu rozpoczęcia ochrony od daty rejestracji pojazdu nie upłynęło więcej niż 72 miesięcy;
   3) wartość początkowa pojazdu jest nie wyższa niż 700 000 złotych.
2. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie i na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia.

§ 5 Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej w okresie, w którym pojazd nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez ubezpieczyciela pierwotnego na podstawie umowy ubezpieczenia AC.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego pojazdu kończy się:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia;
   2) z upływem 11 lat od daty rejestracji pojazdu;
   3) z dniem wystąpienia zdarzenia;
   4) z dniem zbycia pojazdu;
   5) z dniem zakończenia umowy leasingu lub spłacenia zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, niezależnie od przyczyny, w tym także z powodu wykonania prawa odstąpienia. Jeżeli zakończenie lub spłata nastąpiła przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zakończenie umowy leasingu lub spłata zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia;
   6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego pojazdu, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia – Ubezpieczony może złożyć takie oświadczenie w każdym czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6 Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest, jako iloczyn:
   1) wartości początkowej pojazdu,
   2) liczby miesięcy okresu ubezpieczenia,
   3) stopy składki obowiązującej w dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej, określonej w umowie ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
4. Jeśli różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, Ubezpieczający zastrzega sobie prawo do skorygowania składki ubezpieczeniowej.

§ 7 Suma ubezpieczenia i wysokość odszkodowania

1. Suma ubezpieczenia:
   1) dla przedziału wartości początkowej pojazdu 0 – 100 000 złotych – wynosi 50.000 złotych;
   2) dla przedziału wartości początkowej pojazdu większej niż 100.000 lecz mniejszej niż 150.000 złotych – wynosi 100 000 złotych;
   3) dla przedziału wartości początkowej pojazdu równej lub wyższej niż 150.000 złotych – wynosi 200.000 złotych.
2. Odszkodowanie jest obliczane i wypłacane w kwocie stanowiącej równowartość straty finansowej, jednak nie mniejszej niż 5000 złotych i nie większej niż suma ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-7.
3. Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie netto, stratę finansową ustala się w wysokości netto (tj. strata finansowa będzie pomniejszona o kwotę podatku VAT). Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie netto +50% VAT, stratę finansową ustala się w wysokości netto +50% VAT (tj. strata finansowa będzie powiększona o 50% kwoty podatku VAT).
   Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie brutto, stratę finansową ustala się w wysokości brutto (tj. strata finansowa nie będzie pomniejszona o kwotę podatku VAT).
4. Odszkodowanie jest wypłacane po uprzedniej wypłacie odszkodowania z umowy ubezpieczenia AC lub OC przez Ubezpieczyciela pierwotnego.
5. Jeśli suma ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa od wartość fakturowej pojazdu, wówczas wypłata odszkodowania Straty finansowej wyliczana jest od wartości fakturowej pojazdu.
6. Jeśli suma ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest niższa od wartość fakturowej pojazdu, wówczas wypłata odszkodowania Straty finansowej będzie wyliczana zgodnie z poniższymi zasadami:
   a) w przypadku, gdy różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest mniejsza lub równa 10%, odszkodowanie zostanie wypłacone od wartości fakturowej pojazdu.
   b) w przypadku, gdy różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, odszkodowanie zostanie wypłacone od wartości z polisy pierwotnej AC.
7. Ubezpieczyciel ma prawo do weryfikacji wysokości odszkodowania, które wypłacił Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC, w szczególności do weryfikacji wartości rynkowej pojazdu, kosztów naprawy pojazdu i wartości pozostałości pojazdu.
8. Jeżeli w wyniku weryfikacji, o której mowa w ust. 6, okaże się, że odszkodowanie, które wypłacił Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC, jest niższe niż powinno zostać wypłacone z tytułu tej umowy, odszkodowanie nie może być wyższe niż różnica

pomiędzy wartością początkową pojazdu, a odszkodowaniem, jakie powinien był wypłacić Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC i wartością pozostałości, tj. wartością pojazdu po szkodzie całkowitej, chyba że ich własność przeszła na Ubezpieczyciela pierwotnego.

9. Jeżeli z jednej i tej samej przyczyny szkodzie całkowitej uległ więcej niż jeden pojazd objęty ubezpieczeniem na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, oddany do używania przez Finansującego temu samemu Korzystającemu lub finansowany z pożyczki udzielonej temu samemu Pożyczkobiorcy, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do łącznej kwoty będącej równowartością trzykrotności sumy ubezpieczenia. W takim przypadku roszczenia pokrywane są proporcjonalnie do stosunku wartości straty finansowej w odniesieniu do danego pojazdu i do sumy strat finansowych w odniesieniu do wszystkich pojazdów.

§ 8 Zgłoszenie roszczenia

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone na adres Administratora.
2. Ubezpieczony powinien powiadomić Policję o zdarzeniu ubezpieczeniowym, niezależnie od miejsca jego wystąpienia, w kraju czy za granicą oraz uzyskać potwierdzenie zgłoszenia, np. w postaci notatki policyjnej lub innego równoważnego dokumentu (w szczególności, gdy w zdarzeniu brał udział jeden uczestnik, będący jednocześnie poszkodowanym, przy braku świadków zdarzenia lub braku świadków innych niż krewni / powinowaci);
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, spośród następujących:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kopie dokumentów potwierdzających całkowite zniszczenie, uszkodzenie lub kradzież pojazdu;
   3) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
   4) kopię faktury zakupu pojazdu lub kopię umowy sprzedaży;
   5) kopię polisy, potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia AC pojazdu;
   6) kopie dokumentów sporządzonych przez Ubezpieczyciela pierwotnego, w których ustalił on wartość rynkową pojazdu, wartość pozostałości, wyliczył wartość szkody całkowitej oraz oświadczył, iż przyjmuje odpowiedzialność za szkodę całkowitą i wypłaca odszkodowanie z tego tytułu;
   7) kopię wyceny rynkowej pojazdu sporządzonej przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
   8) kopię kosztorysu naprawy pojazdu sporządzoną przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
   9) kopię umowy sprzedaży / faktury VAT dotyczącej sprzedaży pozostałości;
   10) kopię świadectwa homologacji oraz dokumentacji potwierdzającej wyposażenie pojazdu w chwili zakupu pojazdu;
   11) kopię dokumentacji policyjnej, w szczególności dokumentacja poświadczająca zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego (np. notatka policyjna lub inny równoważny dokument), w przypadku pojawienia się wątpliwości, co do okoliczności powstania szkody; w szczególności gdy w zdarzeniu brał udział jeden uczestnik, będący jednocześnie poszkodowanym, przy braku świadków zdarzenia lub braku świadków innych niż krewni/powinowaci;
   12) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę odszkodowania i wysokości odszkodowania, w tym kopii zdjęć zniszczonego pojazdu wykonanych przez Ubezpieczyciela pierwotnego sporządzonych podczas oględzin pojazdu oraz kopii warunków ubezpieczenia, wg których Ubezpieczyciel pierwotny uznał szkodę całkowitą i wypłacił odszkodowanie z tego tytułu.
3. Na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony oraz Ubezpieczający zobowiązani są do udzielenia Ubezpieczycielowi pełnomocnictwa w celu zapoznania się z dokumentacją dotyczącą szkody całkowitej danego pojazdu prowadzonej przez ubezpieczyciela pierwotnego.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje Ubezpieczającego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela.
5. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00. lub drogą elektroniczną na adres e-mail: clp.pl@partners.axa.

§ 9 Ustalenie odpowiedzialności odszkodowawczej

1. Ustalenie zasadności oraz wysokości odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji wymaganej przez Ubezpieczyciela oraz własnych ustaleń Ubezpieczyciela dotyczących w szczególności wartości rynkowej pojazdu przed szkodą, kosztów naprawy pojazdu oraz wartości pozostałości pojazdu.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 10 Wypłata odszkodowania

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na rachunek bankowy Uprawnionego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania nie było możliwe w powyższym terminie, to Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
3. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, to pisemnie zawiadamia Ubezpieczającego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę zapłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 11 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda całkowita nastąpiła w związku z:
   1) samobójstwem lub próbą samobójstwa kierowcy pojazdu;
   2) działaniem lub zaniechaniem kierowcy pojazdu po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
   3) działaniem lub zaniechaniem kierowcy pojazdu po zażyciu leku, jeżeli lekarz, który przepisał lek lub producent leku zastrzegł, że nie należy po jego zażyciu prowadzić pojazdów mechanicznych;
   4) aktami wojny (w tym wojny domowej), rozruchami społecznymi, uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;
   5) promieniowaniem jonizującym bądź skażeniem promieniowaniem z jakiegokolwiek paliwa jądrowego lub odpadów promieniotwórczych pochodzących ze spalania paliwa jądrowego lub z jakichkolwiek innych przyczyn z tym związanych, dyscyplinarnych bądź wojskowych działań poczynionych w odpowiedzi takie skażenie (w ramach tego punktu spalanie zawiera także wszelkie samoczynne procesy rozszczepienia jądra atomowego);
   6) katastrofą naturalną w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej;
   7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia pojazdu przez osobę, która nie może być kierowcą w rozumieniu ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1268);
   8) uprawianiem przy użyciu pojazdu niebezpiecznych dyscyplin sportu, także amatorsko, za które uważa się wszelkie sporty motorowe, włączając uczestnictwo w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych; w samochodach narzucających tempo w wyścigach oraz wszelkie inne formy współzawodnictwa.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
   1) Ubezpieczyciel pierwotny odmówił wypłaty odszkodowania z umowy ubezpieczenia AC i zostało to zaakceptowane przez Ubezpieczonego lub nie zostało skutecznie wyegzekwowane na drodze postępowania sądowego;
   2) pojazd w dniu wystąpienia zdarzenia nie był objęty umową ubezpieczenia AC;
   3) pojazd w dniu wystąpienia zdarzenia nie był dopuszczony do ruchu albo nie miał ważnych badań technicznych w rozumieniu ustawy z dnia z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, przy czym odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie jest wyłączona, gdy mimo

zajścia tej okoliczności Ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC;

4) szkoda całkowita została spowodowana umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa Korzystającego lub osoby, której Korzystający powierzył pojazd lub nie zostały spełnione warunki, o których mowa w § 8 ust. 2 oraz w § 8 ust. 3 pkt 11 niniejszych warunków ubezpieczenia, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
5) nie zostały należycie (w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieupoważnionym) zabezpieczone dokumenty lub kluczyki do pojazdu, w szczególności, gdy kradzież pojazdu lub jego krótkotrwałe użycie bez zgody Korzystającego nastąpiło w związku z pozostawieniem kluczy lub dokumentów w pojeździe, niezależnie od tego, na jaką odległość oddalił się Korzystający lub osoba, której Korzystający powierzył pojazd z wyłączeniem przypadków kradzieży zuchwałej, za które Ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie AC;
6) kradzież pojazdu została popełniona przez osobę mającą legalny dostęp do kluczyków do pojazdu;
7) szkoda całkowita powstała wskutek użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, niewłaściwym załadunkiem lub nieprawidłowym przewożeniem ładunku lub bagażu;
8) szkoda całkowita miała miejsce poza Europejskim Obszarem Gospodarczym;
9) umowa leasingu lub pożyczki okaże się nieważna lub bezskuteczna;
10) pojazd w chwili zdarzenia powodującego szkodę całkowitą oddany był krótkoterminowo, na okres umowny do trzech miesięcy, w najem, przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę - podmiot, który jako swoją podstawową działalność gospodarczą prowadzi działalność gospodarczą polegającą na odpłatnym krótkoterminowym wypożyczaniu pojazdów.

§ 12 Postępowanie reklamacje

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem", dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych warunków ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona:
   1) w formie pisemnej:
      a. osobiście w siedzibie Administratora lub
      b. przesyłką pocztową na adres Administratora:
         AXA
         ul. Prosta 68
         00-838 Warszawa,
   2) telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
   1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
   2) wskazanie numeru kredytu, w związku z którym zawarta została Umowa Ubezpieczenia,
   3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
   4) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 3 pkt 1).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczyciel jest język polski.
9. Niezależnie od powyższego Ubezpieczony może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
10. Ubezpieczonemu przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
11. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem https://rf.gov.pl/.
12. Reklamację może złożyć również Ubezpieczony będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację takiego Ubezpieczonego w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
13. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji Ubezpieczonego i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej Ubezpieczonemu, który wystąpił z reklamacją:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
14. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:
   AXA
   ul. Prosta 68
   00-838 Warszawa
   Budynek Proximo
2. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
3. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Warszawa dnia 7 października 2020 r.

Symbol SANTANDERL/CVGAP/0010

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STRATY FINANSOWEJ - GAP FAKTURA SAMOCHODY OSOBOWE i CIĘŻAROWE o DMC do 3,5t.- TYP A

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania.	§ 7 SWU § 8 SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia.	§ 11 SWU

WPROWADZENIE

Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia straty finansowej - GAP Faktura, zwane dalej „warunkami ubezpieczenia", szczegółowo określają zakres i zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka straty finansowej korzystających lub pożyczkobiorców, którzy zawarli umowy leasingu lub pożyczki z Santander Leasing S.A. z siedzibą w Poznaniu.

§ 1 Definicje

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. Administrator – AXA Partners SA w Polsce (część AXA) z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, 00-838 Warszawa, KRS 0000670677 działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych, oraz ustalania rozmiaru odszkodowań należnych uprawnionym;
2. Agent ubezpieczeniowy – Santander Finanse Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8, NIP 782-245-74-33, nr 11209343/A w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisje Nadzoru Finansowego, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
3. Data rejestracji – data pierwszej rejestracji pojazdu w roku jego produkcji, a jeżeli pierwsza rejestracja została dokonana w innym roku niż rok produkcji – 31 grudnia roku produkcji;
4. Deklaracja ubezpieczeniowa – złożony na formularzu Ubezpieczyciela, wniosek Ubezpieczonego o zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej przez Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka straty finansowej, na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia i w odniesieniu do wskazanego w tym wniosku pojazdu;
5. Dzień rozpoczęcia ochrony – dzień złożenia deklaracji ubezpieczeniowej przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę, nie wcześniej niż dzień pierwszej rejestracji pojazdu w kraju, po dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej;
6. Dzień wystąpienia zdarzenia – dzień powstania szkody całkowitej;
7. Korzystający, pożyczkobiorca – podmiot prowadzący działalność gospodarczą, będący użytkownikiem pojazdu, który zawarł umowę leasingu lub pożyczki:
8. Odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC lub OC – kwota wypłacona przez Ubezpieczyciela pierwotnego na podstawie umowy ubezpieczenia AC lub OC z tytułu szkody całkowitej obliczona, jako różnica pomiędzy wartością rynkową pojazdu, a wartością pozostałości tj. wartością pojazdu w stanie po szkodzie całkowitej, zaś w przypadku kradzieży wynosząca, co najmniej wartość rynkową pojazdu;
9. Okres ubezpieczenia – okres trwający od dnia rozpoczęcia ochrony przez liczbę miesięcy, na którą została zawarta umowa leasingu/pożyczki; okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 6 miesięcy i kończy się najpóźniej z upływem 61 miesięcy jego trwania;
10. Pojazd - oznacza odpowiednio pojazd osobowy, pojazd dostawczy oraz pojazd dostawczy używany w transporcie w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia będący przedmiotem umowy leasingu lub na zakup którego została udzielona przez Santander Leasing SA pożyczka, którego charakterystyka jest zgodna z warunkami opisanymi w warunkach ubezpieczenia oraz którego dane identyfikacyjne (numer vin, numer rejestracyjny) Ubezpieczający podał Ubezpieczycielowi;
11. Pojazd dostawczy - pojazd samochodowy o dopuszczalnej masie całkowitej nie przekraczającej 3,5 tony, przeznaczony konstrukcyjnie do przewozu ładunków i osób w liczbie do 9 łącznie z kierowcą, w tym pojazd dostawczy elektryczny oraz pojazdy z częścią mieszkalną, w szczególności kampery/samochody kempingowe, przyczepy turystyczne;
12. Pojazd dostawczy używany w transporcie - pojazd w rozumieniu pkt 11) wykorzystywany do odpłatnego świadczenia usług w transporcie na rzecz osób trzecich w celu prowadzenia działalności gospodarczej zgodnie z wiodącym kodem Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) korzystającego/ pożyczkobiorcy wskazanym w Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej albo w Krajowym Rejestrze Sądowym;
13. Pojazd osobowy – pozostałe pojazdy samochodowe w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia o dopuszczalnej masie całkowitej nie przekraczającej 3,5 tony, w tym pojazdy z silnikiem elektrycznym oraz motocykle, motorowery, quady i skutery, jednocześnie nie będące pojazdem dostawczym ani pojazdem dostawczym używanym w transporcie;
14. Pojazd nowy - pojazd w rozumieniu pkt 10) fabrycznie nowy, w okresie od roku jego produkcji do końca roku kalendarzowego następującego po roku jego produkcji; za pojazd nowy uważa się również każdy pojazd demonstracyjny i pojazd pokazowy, z przebiegiem do 1000 km, bezwypadkowy, w stosunku którego w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy leasingu / umowy pożyczki nie upłynęło więcej niż 1 rok od daty rejestracji;
15. Pojazd używany - pojazd w rozumieniu pkt 10) niespełniający warunków z pkt 14);
16. Strata finansowa – strata Ubezpieczonego powstała na skutek szkody całkowitej, w rozliczeniu z umowy leasingu lub pożyczki, w wysokości kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wartością początkową pojazdu, a odszkodowaniem z umowy ubezpieczenia AC lub OC powiększonym o:
    a) wartość pozostałości, tj. wartość pojazdu po szkodzie całkowitej, chyba że własność pozostałości przeszła na Ubezpieczyciela pierwotnego, a ich wartość uwzględnia odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC lub OC, oraz o
    b) kwoty udziału własnego, franszyzy redukcyjnej, potrąceń i innych odliczeń, jakich dokonał Ubezpieczyciel pierwotny;
17. Suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu straty finansowej w odniesieniu do danego pojazdu. Suma ubezpieczenia pojazdu jest równa stracie finansowej, z zastrzeżeniem postanowień § 7;
18. Szkoda całkowita – kradzież, zniszczenie lub uszkodzenie pojazdu, w takim stopniu, że jego naprawa jest niemożliwa lub jej koszt przekracza 70% wartości rynkowej pojazdu na dzień wystąpienia zdarzenia, w wyniku, czego zostało wypłacone odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC albo koszt naprawy przekracza 100% wartości rynkowej pojazdu na dzień wystąpienia zdarzenia w wyniku, czego zostało wypłacone odszkodowanie z umowy ubezpieczenia OC;
19. Umowa leasingu – umowa leasingu zawarta pomiędzy Santander Leasing SA, a Korzystającym, której przedmiotem jest pojazd;
20. Umowa pożyczki – umowa pożyczki zawarta pomiędzy Santander Leasing SA a Pożyczkobiorcą, zaciągniętej na zakup pojazdu;
21. Umowa ubezpieczenia AC lub OC – dobrowolna umowa ubezpieczenia komunikacyjnego obejmująca ryzyko szkody całkowitej i kradzieżowej w pojeździe (dalej także „umowa ubezpieczenia AC") lub umowa ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (dalej także „umowa ubezpieczenia OC");
22. Umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia straty finansowej zawarta w Warszawie, w dniu 1 lipca 2012 r., pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, na rachunek Ubezpieczonych;
23. Ubezpieczający/finansujący – Santander Leasing S.A. z siedzibą w Poznaniu;
24. Ubezpieczyciel – AXA France IARD Societe Anonyme, zarejestrowaną we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727, podlegający nadzorowi ubezpieczeniowemu Autorite de Controle Prudentiel we Francji oraz notyfikowany w Komisji Nadzoru Finansowego;
25. Ubezpieczony – korzystający lub pożyczkobiorca, na którego rzecz została zastrzeżona ochrona ubezpieczeniowa, świadczona przez Ubezpieczyciela na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia;
26. Uprawniony - Santander Leasing S.A., za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniony do otrzymania odszkodowania ustalonego na zasadach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia do wysokości zobowiązań Korzystającego/ Pożyczkobiorcy wynikających z Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki. Różnica pomiędzy kwotą odszkodowania z tytułu ubezpieczenia straty finansowej a kwotą zobowiązań Korzystającego/Pożyczkobiorcy wynikających z Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki pozostająca po rozliczeniu zobowiązań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym przekazywana jest Korzystającemu/Pożyczkobiorcy przez Uprawnionego, na zasadach określonych przez Uprawnionego;
27. Ubezpieczyciel pierwotny – zakład ubezpieczeń, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia AC lub OC;
28. Wartość fakturowa pojazdu – ustalona w fakturze zakupu wartość pojazdu netto (wartość bez kwoty podatku VAT), netto + 50% VAT lub brutto (uwzględniająca podatek VAT w 100%) wraz z wartością (odpowiednio netto, netto +50% VAT lub brutto) akcesoriów montowanych fabrycznie i akcesoriów montowanych przez sprzedawcę, jeżeli zostały wyszczególnione w fakturze zakupu pojazdu, z wyłączeniem: opłat gwarancyjnych, opłat za dostawę, składek ubezpieczeniowych, opłat administracyjnych i opłat za tablice rejestracyjne. Wartość fakturowa pojazdu uwzględnia udzielone rabaty

i upusty handlowe, jeżeli zostały wyszczególnione w fakturze zakupu pojazdu;

29. wartość rynkowa pojazdu – wartość pojazdu netto (wartość pomniejszona o naliczony podatek VAT), netto + 50% VAT lub wartość pojazdu brutto (uwzględniająca podatek VAT w 100%) o takim samym roczniku, przebiegu i modelu co pojazd w dniu zajścia szkody całkowitej, określona przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
30. wartość początkowa pojazdu:
    a) dla pojazdów fabrycznie nowych finansowanych w ramach nowo zawieranych umów leasingu/ pożyczki jest to wartość fakturowa pojazdu, a w przypadku braku faktury wartość pojazdu określona w umowie sprzedaży pojazdu. Przy umowach leasingu/ pożyczki, gdzie płatność do dostawcy będzie w innej walucie niż polski złoty oraz dla umów na przedmioty zamawiane, jako wartość początkową pojazdu ustala się ostateczną wartość przedmiotu umowy leasingu/ pożyczki (wartość finansowania umowy z uwzględnieniem kosztów prefinansowania), ustaloną zgodnie z zasadami wyrażonymi w umowie leasingu/ pożyczki;
    b) dla pojazdów używanych finansowanych w ramach nowo zawieranych umów leasingu / pożyczki jest to wartość fakturowa pojazdu, a w przypadku braku faktury wartość pojazdu określona w umowie sprzedaży pojazdu;
    c) dla pojazdów używanych, finansowanych w ramach trwających umów leasingu / pożyczki jest to wartość rynkowa pojazdu ustalana przy zawieraniu umowy ubezpieczenia AC bezpośrednio przed dniem objęcia ochroną Umowy ubezpieczenia Straty finansowej.

W przypadku, gdy różnica między wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany wartości początkowej pojazdu do wysokości sumy ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC. W takim przypadku składka ubezpieczeniowa zostanie ponownie zrekalkulowana;

§ 2 Postanowienia ogólne

1. Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia, przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko powstania straty finansowej (ubezpieczone zdarzenie).
2. Ubezpieczenie straty finansowej może dotyczyć każdego pojazdu samochodowego, z wyłączeniem: pojazdów samochodowych o dopuszczalnej masie całkowitej większej niż 3,5 tony, taksówek, taksówek bagażowych, innych pojazdów służących do odpłatnego przewozu osób, pojazdów wykorzystywanych do usług kurierskich, pojazdów zabytkowych, pojazdów uprzywilejowanych i specjalnych w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, pojazdów wykorzystywanych do nauki jazdy, pojazdów i motocykli używanych w wyścigach, rajdach lub jazdach testowych, wykorzystywanych jako bankowozy (z wyłączeniem pojazdów osobowych w zabudowie typu „C"), karetek, karawanów pogrzebowych, pojazdów wykorzystywanych w policji, wojsku, straży pożarnej i straży granicznej, straży miejskiej, pojazdów przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych, przyczep o DMC do 3,5t, pojazdów z silnikami rotacyjnymi, przyczep i wózków motocyklowych, wózków inwalidzkich, pojazdów o zmodyfikowanej konstrukcji odbiegającej od specyfikacji podanej przez producenta, pojazdów pomocy drogowej, lawet.
3. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie obliczone na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia, o ile nie zachodzą okoliczności wyłączające jego odpowiedzialność.

§ 4 Warunki udzielenia ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej jedynie wówczas, gdy spełnione są łącznie następujące warunki:
    1) ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony ma miejsce zamieszkania lub siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej;
    2) w dniu rozpoczęcia ochrony od daty rejestracji pojazdu nie upłynęło więcej niż 72 miesięcy;
    3) wartość początkowa pojazdu jest nie wyższa niż 700 000 złotych.
2. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie i na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia.

§ 5 Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej w okresie, w którym pojazd nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez ubezpieczyciela pierwotnego na podstawie umowy ubezpieczenia AC.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego pojazdu kończy się:
    1) z upływem okresu ubezpieczenia;
    2) z upływem 11 lat od daty rejestracji pojazdu;
    3) z dniem wystąpienia zdarzenia;
    4) z dniem zbycia pojazdu;
    5) z dniem zakończenia umowy leasingu lub spłacenia zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, niezależnie od przyczyny, w tym także z powodu wykonania prawa odstąpienia. Jeżeli zakończenie lub spłata nastąpiła przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zakończenie umowy leasingu lub spłaty zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia;
    6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego pojazdu, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia – Ubezpieczony może złożyć takie oświadczenie w każdym czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6 Składka ubezpieczeniowa

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest, jako iloczyn:
    1) wartości początkowej pojazdu,
    2) liczby miesięcy okresu ubezpieczenia,
    3) stopy składki obowiązującej w dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej, określonej w umowie ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
4. Jeśli różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, Ubezpieczający zastrzega sobie prawo do skorygowania składki ubezpieczeniowej.

§ 7 Suma ubezpieczenia i wysokość odszkodowania

1. Suma ubezpieczenia:
    1) dla przedziału wartości początkowej pojazdu 0 – 100 000 złotych – wynosi 50.000 złotych;
    2) dla przedziału wartości początkowej pojazdu większej niż 100.000 złotych lecz mniejszej niż 150.000 złotych – wynosi 100 000 złotych;
    3) dla przedziału wartości początkowej pojazdu równej lub wyższej niż 150.000 złotych – wynosi 200.000 złotych.
2. Odszkodowanie jest obliczane i wypłacane w kwocie stanowiącej równowartość straty finansowej, jednak nie mniejszej niż 5000 złotych i nie większej niż suma ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-8.
3. Z uwzględnieniem postanowień ust. 4, suma odszkodowań wypłaconych przez Ubezpieczyciela pierwotnego oraz Ubezpieczyciela z tytułu danej straty finansowej nie może przekroczyć Wartości początkowej pojazdu.
4. Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie netto, stratę finansową ustala się w wysokości netto (tj. strata finansowa będzie pomniejszona o kwotę podatku VAT). Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie netto +50% VAT, stratę finansową ustala się w wysokości netto +50% VAT (tj. strata finansowa będzie powiększona o 50% kwoty podatku VAT). Jeżeli wartość początkowa danego pojazdu będąca podstawą obliczenia składki z tytułu ubezpieczenia straty finansowej została ustalona w kwocie brutto, stratę finansową ustala się w wysokości brutto (tj. strata finansowa nie będzie pomniejszona o kwotę podatku VAT).
5. Odszkodowanie jest wypłacane po uprzedniej wypłacie odszkodowania z umowy ubezpieczenia AC lub OC przez Ubezpieczyciela pierwotnego.

6. Jeśli suma ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa od wartość fakturowej pojazdu, wówczas wypłata odszkodowania Straty finansowej wyliczana jest od wartości fakturowej pojazdu.
7. Jeśli suma ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest niższa od wartość fakturowej pojazdu, wówczas wypłata odszkodowania Straty finansowej będzie wyliczana zgodnie z poniższymi zasadami:
   a) w przypadku, gdy różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest mniejsza lub równa 10%, odszkodowanie zostanie wypłacone od wartości fakturowej pojazdu;
   b) w przypadku, gdy różnica pomiędzy wartością fakturową pojazdu, a sumą ubezpieczenia z polisy pierwotnej AC jest większa niż 10%, odszkodowanie zostanie wypłacone od wartości z polisy pierwotnej AC.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do weryfikacji wysokości odszkodowania, które wypłacił Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC, w szczególności do weryfikacji wartości rynkowej pojazdu, kosztów naprawy pojazdu i wartości pozostałości pojazdu.
9. Jeżeli w wyniku weryfikacji, o której mowa w ust. 8, okaże się, że odszkodowanie, które wypłacił Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC, jest niższe niż powinno zostać wypłacone z tytułu tej umowy, odszkodowanie nie może być wyższe niż różnica pomiędzy wartością początkową pojazdu, a odszkodowaniem jakie powinien był wypłacić Ubezpieczyciel pierwotny z umowy ubezpieczenia AC lub OC i wartością pozostałości, tj. wartością pojazdu po szkodzie całkowitej, chyba że ich własność przeszła na Ubezpieczyciela pierwotnego.
10. Jeżeli z jednej i tej samej przyczyny szkodzie całkowitej uległ więcej niż jeden pojazd objęty ubezpieczeniem na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, oddany do używania przez Finansującego temu samemu Korzystającemu lub finansowany z pożyczki udzielonej temu samemu Pożyczkobiorcy, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do łącznej kwoty będącej równowartością trzykrotności sumy ubezpieczenia. W takim przypadku roszczenia pokrywane są proporcjonalnie do stosunku wartości straty finansowej w odniesieniu do danego pojazdu i do sumy strat finansowych w odniesieniu do wszystkich pojazdów.

§ 8 Zgłoszenie roszczenia

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone na adres Administratora.
2. Ubezpieczony powinien powiadomić Policję o zdarzeniu ubezpieczeniowym, niezależnie od miejsca jego wystąpienia, w kraju czy za granicą oraz uzyskać potwierdzenie zgłoszenia, np. w postaci notatki policyjnej lub innego równoważnego dokumentu (w szczególności, gdy w zdarzeniu brał udział jeden uczestnik, będący jednocześnie poszkodowanym, przy braku świadków zdarzenia lub braku świadków innych niż krewni / powinowaci);
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, spośród następujących:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kopie dokumentów potwierdzających całkowite zniszczenie, uszkodzenie lub kradzież pojazdu;
   3) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;
   4) kopię faktury zakupu pojazdu lub kopię umowy sprzedaży;
   5) kopię polisy, potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia AC pojazdu;
   6) kopie dokumentów sporządzonych przez Ubezpieczyciela pierwotnego, w których ustalił on wartość rynkową pojazdu, wartość pozostałości, wyliczył wartość szkody całkowitej oraz oświadczył, iż przyjmuje odpowiedzialność za szkodę całkowitą i wypłaca odszkodowanie z tego tytułu;
   7) kopię wyceny rynkowej pojazdu sporządzonej przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
   8) kopię kosztorysu naprawy pojazdu sporządzoną przez Ubezpieczyciela pierwotnego;
   9) kopię umowy sprzedaży / faktury VAT dotyczącej sprzedaży pozostałości;
   10) kopię świadectwa homologacji oraz dokumentacji potwierdzającej wyposażenie pojazdu w chwili zakupu pojazdu, w przypadku pojazdów dostawczych;
   11) kopię dokumentacji policyjnej, w szczególności dokumentacja poświadczająca zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego (np. notatka policyjna lub inny równoważny dokument), w przypadku pojawienia się wątpliwości, co do okoliczności powstania szkody; w szczególności, gdy w zdarzeniu brał udział jeden uczestnik, będący jednocześnie poszkodowanym, przy braku świadków zdarzenia lub braku świadków innych niż krewni/powinowaci;
   12) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę odszkodowania i wysokości odszkodowania, w tym kopii zdjęć zniszczonego pojazdu wykonanych przez Ubezpieczyciela pierwotnego sporządzonych podczas oględzin pojazdu oraz kopii warunków ubezpieczenia, wg których Ubezpieczyciel pierwotny uznał szkodę całkowitą i wypłacił odszkodowanie z tego tytułu.
3. Na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony oraz Ubezpieczający zobowiązani są do udzielenia Ubezpieczycielowi pełnomocnictwa w celu zapoznania się z dokumentacją dotyczącą szkody całkowitej danego pojazdu prowadzonej przez ubezpieczyciela pierwotnego.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje Ubezpieczającego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela.
5. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00 lub drogą elektroniczną na adres e-mail: clp.pl@partners.axa..

§ 9 Ustalenie odpowiedzialności odszkodowawczej

1. Ustalenie zasadności oraz wysokości odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji wymaganej przez Ubezpieczyciela oraz własnych ustaleń Ubezpieczyciela dotyczących w szczególności wartości rynkowej pojazdu przed szkodą, kosztów naprawy pojazdu oraz wartości pozostałości pojazdu.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 10 Wypłata odszkodowania

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na rachunek bankowy Uprawnionego.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania nie było możliwe w powyższym terminie, to Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
3. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, to pisemnie zawiadamia Ubezpieczającego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę zapłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 11 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda całkowita nastąpiła w związku z:
   1) samobójstwem lub próbą samobójstwa kierowcy pojazdu;
   2) działaniem lub zaniechaniem kierowcy pojazdu po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
   3) działaniem lub zaniechaniem kierowcy pojazdu po zażyciu leku, jeżeli lekarz, który przepisał lek lub producent leku zastrzegł, że nie należy po jego zażyciu prowadzić pojazdów mechanicznych;
   4) aktami wojny (w tym wojny domowej), rozruchami społecznymi, uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;
   5) promieniowaniem jonizującym bądź skażeniem promieniowaniem z jakiegokolwiek paliwa jądrowego lub odpadów promieniotwórczych pochodzących ze spalania paliwa jądrowego lub z jakichkolwiek innych przyczyn z tym związanych, dyscyplinarnych bądź wojskowych działań poczynionych w odpowiedzi takie skażenie (w ramach tego punktu spalanie zawiera także wszelkie samoczynne procesy rozszczepienia jądra atomowego);

6) katastrofą naturalną w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej;
7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia pojazdu przez osobę, która nie może być kierowcą w rozumieniu ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 1268);
8) uprawianiem przy użyciu pojazdu niebezpiecznych dyscyplin sportu, także amatorsko, za które uważa się wszelkie sporty motorowe, włączając uczestnictwo w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych; w samochodach narzucających tempo w wyścigach oraz wszelkie inne formy współzawodnictwa.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
1) Ubezpieczyciel pierwotny odmówił wypłaty odszkodowania z umowy ubezpieczenia AC i zostało to zaakceptowane przez Ubezpieczonego lub nie zostało skutecznie wyegzekwowane na drodze postępowania sądowego;
2) pojazd w dniu wystąpienia zdarzenia nie był objęty umową ubezpieczenia AC;
3) pojazd w dniu wystąpienia zdarzenia nie był dopuszczony do ruchu albo nie miał ważnych badań technicznych w rozumieniu ustawy z dnia z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, przy czym odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie jest wyłączona, gdy mimo zajścia tej okoliczności Ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie z umowy ubezpieczenia AC;
4) szkoda całkowita została spowodowana umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub osoby, której Ubezpieczony powierzył pojazd lub nie zostały spełnione warunki, o których mowa w § 8 ust. 2 oraz w § 8 ust. 3 pkt 11 niniejszych warunków ubezpieczenia, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności;
5) nie zostały należycie (w sposób uniemożliwiający dostęp osobom nieupoważnionym) zabezpieczone dokumenty lub kluczyki do pojazdu, w szczególności, gdy kradzież pojazdu lub jego krótkotrwałe użycie bez zgody Korzystającego nastąpiło w związku z pozostawieniem kluczy lub dokumentów w pojeździe, niezależnie od tego, na jaką odległość oddalił się Korzystający lub osoba, której Korzystający powierzył pojazd z wyłączeniem przypadków kradzieży zuchwałej, za które Ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie AC;
6) kradzież pojazdu została popełniona przez osobę mającą legalny dostęp do kluczyków do pojazdu;
7) szkoda całkowita powstała wskutek użytkowania pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, niewłaściwym załadunkiem lub nieprawidłowym przewożeniem ładunku lub bagażu;
8) szkoda całkowita miała miejsce poza Europejskim Obszarem Gospodarczym;
9) umowa leasingu lub pożyczki okaże się nieważna lub bezskuteczna;
10) pojazd w chwili zdarzenia powodującego szkodę całkowitą oddany był krótkoterminowo, na okres umowny do trzech miesięcy, w najem, przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę - podmiot, który jako swoją podstawową działalność gospodarczą prowadzi działalność gospodarczą polegającą na odpłatnym krótkoterminowym wypożyczaniu pojazdów.

§ 12 Postępowanie reklamacje

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem", dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych warunków ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona:
1) w formie pisemnej:
a. osobiście w siedzibie Administratora lub
b. przesyłką pocztową na adres Administratora:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
2) telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
2) wskazanie numeru kredytu, w związku z którym zawarta została Umowa Ubezpieczenia,
3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
4) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 3 pkt 1).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczyciel jest język polski.
9. Niezależnie od powyższego Ubezpieczony może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
10. Ubezpieczonemu przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
11. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem https://rf.gov.pl/.
12. Reklamację może złożyć również Ubezpieczony będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację takiego Ubezpieczonego w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
13. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji Ubezpieczonego i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej Ubezpieczonemu, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
14. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
Budynek Proximo
2. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
3. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Warszawa dnia 7 października 2020 r.

Symbol SANTANDERL/AutoGAP/0010

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Straty Finansowej GAP Index 20% – dla Maszyn i Urządzeń

Rodzaj informacji	Numer zapisu z warunków ubezpieczenia
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania	§ 4 SWU § 7 SWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	§ 11 SWU

WPROWADZENIE

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Straty Finansowej - GAP Index 20% dla Maszyn i Urządzeń, zwane dalej „warunkami ubezpieczenia", szczegółowo określają zakres i zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka straty finansowej w odniesieniu do mienia, określonego poniżej i stanowiącego przedmiot umowy leasingu lub umowy pożyczki udzielonych przez Santander Leasing SA z siedzibą w Poznaniu, będącym Finansującym lub dającym pożyczkę i jednocześnie Ubezpieczającym.

DEFINICJE

§ 1.

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. Administrator – AXA Partners SA Oddział w Polsce (część AXA), działająca w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych, oraz ustalania rozmiaru świadczeń należnych uprawnionym do świadczenia;
2. Agent ubezpieczeniowy – Santander Finanse Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Kolorowej 8, NIP 782-245-74-33, nr 11209343/A w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisje Nadzoru Finansowego, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego. Agent ubezpieczeniowy oraz Ubezpieczający są spółkami należącymi do grupy Santander;
3. awaria mienia – oznacza uszkodzenie uniemożliwiające prawidłowe korzystanie z maszyny lub urządzenia przez okres trwający minimum 21 dni kalendarzowych, która nie jest spowodowana bezpośrednim, umyślnym działaniem człowieka oraz nie jest skutkiem jego użytkowania niezgodnego z przeznaczeniem i instrukcją obsługi, potwierdzona dokumentem wystawionym przez autoryzowany serwis (rekomendowany przez producenta danej maszyny lub urządzenia) potwierdzającym wystapienie awarii danej maszyny lub urządzenia;
4. dostawca – wskazany przez Korzystającego podmiot od którego Finansujacy nabywa przedmiot leasingu lub podmiot, który sprzedaje lub dokonał sprzedaży przedmiotu finansowania na rzecz Pożyczkobiorcy;
5. data produkcji – rok produkcji, w którym mienie zostało wyprodukowane, ustalony na podstawie tabliczki znamionowej lub dowodu sprzedaży; mienie uznaje się również za nowe, jeżeli jego producent lub sprzedawca udzielił Finansującemu lub korzystającemu / pożyczkobiorcy gwarancji prawidłowego działania na okres minimum 6 miesięcy o ile jednocześnie od roku produkcji nie upłynęło więcej niż 2 lata,
6. deklaracja ubezpieczeniowa – złożony na formularzu ubezpieczyciela, wniosek Ubezpieczonego o zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, udzielonej przez ubezpieczyciela w zakresie ryzyka straty finansowej, na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia i w odniesieniu do wskazanego w tym wniosku mienia;
7. dzień rozpoczęcia ochrony – dzień dokonania przez Finansującego zapłaty środków tytułem sfinansowania zakupu mienia w związku z zawartą z korzystającym / pożyczkobiorcą umową leasingu / umową pożyczki, nie wcześniejszy jednak niż dzień złożenia deklaracji ubezpieczeniowej lub/i w przypadku umów na przedmioty zamawiane dzień aktywowania umowy leasingu/ pożyczki;
8. dzień aktywowania umowy leasingu/ pożyczki – uruchomienie umowy leasingu/ pożyczki;
9. dzień wystąpienia zdarzenia – dzień powstania szkody całkowitej, a w przypadku awarii - dzień zgłoszenia awarii do autoryzowanego serwisu producenta danej maszyny lub urządzenia;
10. harmonogram – plan spłat rat leasingowych w umowie leasingu lub rat pożyczki w umowie pożyczki, stanowiący integralną część umowy odpowiednio leasingu lub pożyczki, obowiązujący w dniu wystapienia zdarzenia;
11. korzystający / pożyczkobiorca – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, a posiadająca zdolność prawną, która zawarła umowę leasingu lub umowę pożyczki z Finansującym;
12. mienie – przedmiot (maszyna / urządzenie / pojazd wolnobieżny) stanowiący przedmiot umowy leasingu lub na zakup którego została udzielona przez Finansującego pożyczkobiorcy pożyczka, który może podlegać ubezpieczeniu zgodnie z umową ubezpieczenia oraz niniejszymi warunkami ubezpieczenia oraz którego szczegóły identyfikacyjne (w szczególności: nazwa, marka, numer fabryczny / seryjny, numer rejestracyjny) zostały przekazane ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego, będące jednocześnie i w całym okresie ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia podstawowego;
13. odszkodowanie z umowy ubezpieczenia podstawowego – kwota wypłacona przez ubezpieczyciela pierwotnego z tytułu szkody całkowitej mienia, na podstawie umowy ubezpieczenia podstawowego; w przypadku wypłaty przez ubezpieczyciela pierwotnego odszkodowania dotyczącego mienia w części bezspornej lub zaliczkowej, za odszkodowanie uznaje się odszkodowanie wypłacone w ostatecznej wysokości;
14. okres rekwalifikacji – czas, jaki musi upłynąć pomiędzy kolejnymi zdarzeniami ubezpieczeniowymi (awariami), aby ubezpieczyciel mógł wypłacić kolejne świadczenie (odszkodowanie dodatkowe) i wynosi 6 miesięcy w odniesieniu do tej samej maszyny lub urządzenia;
15. okres ubezpieczenia – okres trwający od dnia rozpoczęcia ochrony do dnia jego zakończenia, zgodnie z postanowieniami

niniejszych warunków ubezpieczenia; okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 6 miesięcy i dłuższy niż 61 miesięcy;

16. okres wyłączenia – okres 90 dni liczony od dnia rozpoczęcia ochrony, podczas którego ubezpieczyciel nie wypłaci dodatkowego odszkodowania z tytułu awarii ubezpieczonego mienia; okres wyłączenia nie dotyczy wypłaty odszkodowania z tytułu wystąpienia szkody całkowitej;
17. rata leasingowa, rata pożyczki - rata uzgodnionego w umowie leasingu lub umowie pożyczki wynagrodzenia pieniężnego należnego Ubezpieczającemu, kwota czynszu lub rata pożyczki wynikająca z harmonogramu, wyrażoną w kwocie netto, płatna na zasadach i w terminach określonych w umowie leasingu lub umowie pożyczki i harmonogramie, składająca się z części kapitałowej i odsetkowej, przy czym część odsetkowa uwzględnia zmiany oprocentowania uzgodnione z Korzystającym lub Pożyczkobiorcą w umowie leasingu lub umowie pożyczki; dla usunięcia wątpliwości pojęcie rata leasingowa nie obejmuje wartości końcowej wykupu i jakichkolwiek innych należności z umowy leasingu o charakterze nieregularnym lub nie będących częścią umówionego wynagrodzenia pieniężnego za oddanie Korzystającemu przedmiotu leasingu do używania lub używania i pobierania pożytków;
18. koszty prefinansowania – koszty poniesione przez Finansującego tytułem dodatkowych kosztów finansowania nabycia mienia nie objętych warunkami finansowanymi umową leasingu/ pożyczki;
19. strata finansowa – szkoda całkowita na mieniu, powstała w okresie ubezpieczenia, w wyniku której ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej.
20. suma ubezpieczenia – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu straty finansowej w odniesieniu do danej, jednej rzeczy ruchomej będącej mieniem;
21. szkoda całkowita – zniszczenie mienia, jego awaria lub uszkodzenie w stopniu uniemożliwiającym naprawę, lub czyniącym naprawę nieopłacalną albo utrata mienia (w tym w następstwie kradzieży), wskutek którego ubezpieczyciel pierwotny wypłacił Finansującemu lub – za zgodą albo akceptacją Finansującego – Korzystającemu lub Pożyczkobiorcy, odszkodowanie z umowy ubezpieczenia podstawowego;
22. umowa leasingu – umowa zawarta pomiędzy Finansującym a Korzystającym, której przedmiotem jest mienie;
23. umowa pożyczki – umowa zawarta pomiędzy Finansującym (Santander Leasing SA) a Pożyczkobiorcą, dotycząca udzielenia przez Finansującego na rzecz Pożyczkobiorcy pożyczki na zakup mienia;
24. umowa na przedmioty zamawiane – umowa zawarta pomiędzy Finansujacym a Korzystającym gdzie zapłata za mienie dla dostawcy może być dokonywana w więcej niż jednej transzy, zaś w momencie podpisania umowy przedmiot finansowania nie jest gotowy do używania;
25. umowa ubezpieczenia podstawowego – (i) umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Finansującym a ubezpieczycielem pierwotnym lub (ii) zawarta pomiędzy Korzystającym / Pożyczkobiorcą a ubezpieczycielem pierwotnym na rzecz Finansującego (jako ubezpieczonego) lub (iii) zawarta pomiędzy Korzystającym / Pożyczkobiorcą a ubezpieczycielem pierwotnym z dokonaniem cesji praw z tej umowy ubezpieczenia na rzecz Finansującego, na podstawie której udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa dla mienia oraz w której ubezpieczyciel pierwotny zobowiązał się wypłacić odszkodowanie na wypadek szkody całkowitej wynikłej ze zniszczenia, uszkodzenia w stopniu uniemożliwiającym naprawę mienia lub czyniącym naprawę nieopłacalną lub utraty mienia (w tym w następstwie kradzieży);
26. umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia straty finansowej zawarta w Warszawie w dniu 14 maja 2013, pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, na rachunek Ubezpieczonych;
27. ubezpieczający – Santander Leasing SA z siedzibą w Poznaniu, zwany w niniejszych warunkach ubezpieczenia również Finansującym;
28. ubezpieczyciel – AXA France IARD Societe Anonyme, zarejestrowaną we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727, podlegający nadzorowi ubezpieczeniowemu Autorite de Controle Prudentiel we Francji oraz notyfikowany w Komisji Nadzoru Finansowego.
29. ubezpieczony – Korzystający lub Pożyczkobiorca, na rzecz którego została zastrzeżona ochrona ubezpieczeniowa, świadczona przez ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia;
30. ubezpieczyciel pierwotny – zakład ubezpieczeń, z którym została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego;
31. uprawniony do odszkodowania w tytułu szkody całkowitej – Santander Leasing SA, za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w deklaracji ubezpieczeniowej;
32. uprawiony do odszkodowania z tytułu awarii – Korzystający/ Pożyczkobiorca;
33. wartość fakturowa – ustalona w dokumencie zakupu wartość mienia wraz z jego akcesoriami montowanymi fabrycznie i akcesoriami montowanymi przez sprzedawcę, jeżeli zostały wyszczególnione w dokumencie zakupu mienia, z wyłączeniem opłat gwarancyjnych, opłat za dostawę, składek ubezpieczeniowych i opłat administracyjnych. Odpowiednio do tego czy mienie zostało ubezpieczone w ramach umowy ubezpieczenia podstawowego w wartości netto (bez VAT), czy też brutto (z VAT), wartość fakturową określa się bez kwoty podatku VAT (netto) lub z kwotą podatku VAT (brutto);
34. wartość początkowa mienia:
    a) dla mienia fabrycznie nowego oraz mienia używanego, finansowanego w ramach nowozawieranych umów leasingu / pożyczki (o ile między dniem zawarcia umowy leasingu / pożyczki a dniem złożenia deklaracji ubezpieczeniowej przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę nie upłynęło więcej niż 30 dni) - wartość fakturowa mienia wynikająca z faktury wystawionej przez sprzedawcę w związku z umową leasingu / umową pożyczki, zaś w przypadku braku faktury, wartość mienia określona w umowie sprzedaży mienia. Przy umowach walutowych, gdzie płatność do dostawcy będzie w innej walucie niż PLN oraz dla umów na przedmioty zamawiane, jako wartość początkową mienia ustala się ostateczną wartość przedmiotu umowy leasingu/ pożyczki (wartość finansowania umowy z uwzględnieniem kosztów prefinansowania), ustaloną zgodnie z umową leasingu / pożyczki. Wartość przedmiotu umowy leasingu/pożyczki zostaje przeliczona na PLN po kursie z dnia aktywowania umowy leasingu/pożyczki wg kursu kupna waluty Santander Bank Polska S.A.),
    b) dla mienia używanego, finansowanego przez Ubezpieczającego w ramach umów leasingu / pożyczki zawartych wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia deklaracji ubezpieczeniowej przez Korzystającego / Pożyczkobiorcę – wartość (rynkowa) początkowa mienia ustalona na podstawie sumy ubezpieczenia, ostatniej znanej i aktualnej polisy ubezpieczenia podstawowego,

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 2.

1. Warunki ubezpieczenia stanowią integralną cześć umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia, przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko powstania straty finansowej (ubezpieczone zdarzenie) oraz udokumentowana przez autoryzowany serwis (rekomendowany przez producenta danej maszyny lub urządzenia) awaria maszyny

lub urządzenia powodująca przestój w jego funkcjonowaniu dłuższy niż 21 dni (kalendarzowych).

2. Ubezpieczenie straty finansowej może dotyczyć każdego mienia, wskazanego w deklaracji ubezpieczeniowej, będącego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przedmiotem umowy leasingu z wyłączeniem:
   1) pojazdów samochodowych w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym,
   2) samolotów, ś migłowców i innych statków powietrznych w tym dronów,
   3) sond medycznych,
   4) aparatury (urządzeń) służących do nawigacji,
   5) telefonów komórkowych.
3. Ubezpieczeniem nie może zostać objęte mienie, którego wartość fakturowa lub wartość początkowa jest wyższa niż 800 000,00 (osiemset tysięcy) PLN.
4. W razie zajścia ubezpieczonego zdarzenia w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie obliczone na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia, o ile nie zachodzą okoliczności wyłączające jego odpowiedzialność.

WARUNKI UDZIELENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4.

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej jedynie wówczas, gdy spełnione są łącznie następujące warunki:
   1) Korzystający w dniu rozpoczęcia ochrony ma miejsce zamieszkania lub siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej;
   2) w dniu rozpoczęcia ochrony od daty produkcji nie upłynęło więcej niż 60 miesięcy;
   3) mienie jest objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia podstawowego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie i na warunkach ustalonych w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczeniem nie będzie objęte mienie, jeżeli od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wymagalności ostatniej opłaty leasingowej / raty pożyczki zgodnie z umową leasingu / umową pożyczki łączącą Finansującego z Korzystającym / Pożyczkobiorcą pozostałoby mniej niż 12 miesięcy.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5.

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony ubezpieczeniowej w okresie, w którym mienie nie jest objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia podstawowego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w zakresie awarii mienia udzielana jest po upływie 90 dni liczonych od dnia rozpoczęcia ochrony danej maszyny lub urządzenia. Ubezpieczyciel nie wypłaci dodatkowego odszkodowania z tytułu awarii ubezpieczonego mienia, jeśli awaria wystapi w trakcie pierwszych 90 dni trwania okresu ubezpieczenia. Okres wyłączenia nie dotyczy wypłaty odszkodowania z tytułu wystąpienia szkody całkowitej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego mienia kończy się:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia;
   2) z upływem 120 miesięcy od daty produkcji;
   3) z dniem wystąpienia zdarzenia – w przypadku szkody całkowitej;
   4) z dniem zbycia mienia przez Finansującego lub Pożyczkobiorcę;
   5) z dniem zakończenia umowy leasingu lub spłacenia zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, niezależnie od przyczyn, w tym także z powodu wykonania prawa odstąpienia. Jeżeli zakończenie lub spłata nastąpiła przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zakończenie umowy leasingu lub spłaty zadłużenia wynikającego z umowy pożyczki, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia;
   6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do danego mienia, nie później jednak niż z upływem okresu ubezpieczenia – Ubezpieczony może złożyć takie oświadczenie w każdym czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej;

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6.

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest jako iloczyn:
   1) wartości początkowej mienia
   2) liczby pełnych miesięcy trwania okresu ubezpieczenia,
   3) stopy składki, określonej w umowie ubezpieczenia obowiązującej w dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej, odpowiednio dla mienia nowo-finansowanego i mienia w trakcie trwania umów leasingu i pożyczki, obowiązującej w dniu złożenia deklaracji ubezpieczeniowej, określonej w umowie ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa jest płatna w PLN, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA

§ 7.

1. Odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej:
   1) Suma ubezpieczenia z tytułu szkody całkowitej stanowi 20% wartości początkowej mienia, ustalonej zgodnie z § 1. pkt 32 i 33, nie więcej jednak niż 200 000,00 (dwieście tysięcy) PLN.
   2) Odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej jest obliczane i wypłacane w kwocie równej sumie ubezpieczenia.
   3) Odszkodowanie z tytułu szkody całkowitej jest wypłacane po uprzedniej wypłacie odszkodowania z umowy ubezpieczenia podstawowego przez ubezpieczyciela pierwotnego.
   4) Jeżeli z jednej i tej samej przyczyny szkodzie całkowitej uległa więcej niż jedna rzecz będąca mieniem objętym ochroną na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, oddana przez Finansującego do używania temu samemu Korzystającemu / Pożyczkobiorcy, odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest dodatkowo do łącznej kwoty równej trzykrotności sumy ubezpieczenia z tytułu szkody całkowitej. W takim przypadku roszczenia pokrywane są proporcjonalnie do stosunku wartości straty finansowej w odniesieniu do danego mienia do sumy strat finansowych w odniesieniu do wszystkich rzeczy będących mieniem, które uległy szkodzie całkowitej.
2. Odszkodowanie z tytułu powstania awarii (odszkodowanie dodatkowe):
   1) W przypadku udokumentowanej przez autoryzowany serwis (rekomendowany przez producenta danej maszyny lub urządzenia) awarii maszyny lub urządzenia powodującej przestój w jego funkcjonowaniu dłuższy niż 21 dni (kalendarzowych), ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe odszkodowanie w wysokości 1 raty leasingowej/pożyczki wymaganej zgodnie z harmonogramem spłaty, bezpośrednio po dacie udokumentowanej awarii maszyny lub urządzenia (odszkodowanie dodatkowe) z zastrzeżeniem ust. 2, pkt 2).
   2) Maksymalna wysokość odszkodowania dodatkowego wynosi: 2000 PLN lub 3000 PLN netto (bez VAT), w zależności od wybranego przez ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia.

3) Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego jednej maszyny lub urządzenia (awaria wywołana tą samą przyczyną), zostanie wypłacona 1 rata leasingowa/pożyczki (odszkodowanie dodatkowe).
4) Z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, jakie wystąpią w ciągu całego okresu ubezpieczenia (awarie dotyczące tej samej maszyny lub urządzenia) zostaną wypłacone maksymalnie 3 raty leasingowe/pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 2, pkt 2).
5) W przypadku zdarzeń wielokrotnych pomiędzy kolejnymi zdarzeniami ubezpieczeniowymi – awariami, z tytułu których ubezpieczony zgłosił roszczenie do ubezpieczyciela, w odniesieniu do tej samej maszyny lub urządzenia, musi upłynąć 6 miesięcy (okres rekwalifikacji), aby ubezpieczyciel mógł wypłacić kolejne odszkodowanie dodatkowe.
6) Odszkodowanie wypłacane jest w PLN. W przypadku, gdy umowa leasingu/pożyczki została zawarta w walucie innej niż PLN, odszkodowanie przeliczane jest na PLN według średniego kursu danej waluty ogłoszonego w Tabeli kursów Narodowego Banku Polskiego w dniu podjęcia decyzji o wypłacie odszkodowania przez ubezpieczyciela (AXA France IARD). Do obliczeń przyjmuje się, że różnica między kursem waluty z dnia rozpoczęcia ochrony i kursem waluty z dnia wypłaty odszkodowania, nie może przekroczyć 10%.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 8.

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone na adres Administratora.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, z tytułu szkody całkowitej należy złożyć:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kopię dokumentów potwierdzające zniszczenie lub utratę mienia;
   3) dokumenty potwierdzające wartość początkową mienia, tj.: kopię faktury zakupu mienia lub umowę sprzedaży mienia lub kopię polisy z umowy ubezpieczenia podstawowego z dnia rozpoczęcia ochrony w przypadku mienia używanego, lub kopię dokumentu potwierdzającego wartość początkową mienia ustaloną zgodnie z umową leasingu / pożyczki) ;
   4) kopię dokumentów sporządzonych przez ubezpieczyciela pierwotnego, w których oświadczył, iż przyjmuje odpowiedzialność za szkodę całkowitą w mieniu i wypłaca odszkodowanie z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego;
   5) wymagane przepisami prawa, dokumenty uprawniające do korzystania lub obsługiwania mienia, o ile powszechnie obowiązujące przepisy prawa wymagają posiadania odpowiednich uprawnień do korzystania lub obsługiwania danego rodzaju mienia.
   6) inne dokumenty, których zażąda ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę odszkodowania i wysokości odszkodowania.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia dodatkowego, z tytułu awarii należy złożyć:
   1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
   2) kopię dokumentu wystawionego lub uzupełnionego o informacje przez autoryzowany serwis (rekomendowany przez producenta danej maszyny lub urządzenia) potwierdzający wystąpienie awarii danej maszyny lub urządzenia, która trwała minimum 21 dni (kalendarzowych). W dokumencie powinny być wskazane następujące informacje: nazwa i rodzaj/typ/model maszyny lub urządzenia, nr seryjny, rok produkcji, rodzaj awarii/uszkodzenia, przyczyna awarii, data wystąpienia awarii/początku przestoju, data realizacji naprawy maszyny lub urządzenia, a w przypadku konieczności odstawienia maszyny do serwisu w celu jej naprawy, data jej zwrotu do ubezpieczonego;
   3) kopię harmonogramu umowy leasingu/pożyczki aktualnego na dzień wystąpienia zdarzenia;
   4) wymagane przepisami prawa, dokumenty uprawniające do korzystania lub obsługiwania mienia, o ile powszechnie obowiązujące przepisy prawa wymagają posiadania odpowiednich uprawnień do korzystania lub obsługiwania danego rodzaju mienia.
   5) inne dokumenty, których zażąda ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę odszkodowania i wysokości odszkodowania.
3. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje Ubezpieczającego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczyciela.
4. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony mogą zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00. lub drogą elektroniczną na adres e-mail: clp.pl@partners.axa.

USTALENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ODSZKODOWAWCZEJ

§ 9.

1. Ustalenie zasadności oraz wysokości odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji wymaganej przez ubezpieczyciela oraz własnych ustaleń ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 10.

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do odszkodowania.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania nie było możliwe w powyższym terminie, to ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
3. Jeżeli w powyższych terminach ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, to pisemnie zawiadamia Ubezpieczającego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.
4. Jeżeli ś wiadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę zapłaty odszkodowania, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda całkowita nastąpiła na skutek:
   1) aktu wojny (w tym wojny domowej), rozruchów społecznych, uczestnictwa w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu, wandalizmu lub sabotażu, przy czym odpowiedzialność ubezpieczyciela nie jest wyłączona, gdy mimo zajścia którejkolwiek ze wskazanych wyżej okoliczności ubezpieczyciel pierwotny wypłacił odszkodowanie z umowy ubezpieczenia podstawowego,
   2) promieniowania jonizującego bądź skażenia promieniowaniem z jakiegokolwiek paliwa jądrowego lub odpadów promieniotwórczych pochodzących ze spalania paliwa jądrowego lub jakichkolwiek innych przyczyn z tym związanych, a także wskutek

dyscyplinarnych bądź wojskowych działań poczynionych w odpowiedzi takie skażenie (w ramach tego punktu zawiera się także wszelkie samoczynne procesy rozszczepienia jądra atomowego);
3) katastrofy naturalnej w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
1) ubezpieczyciel pierwotny odmówił wypłaty odszkodowania z umowy ubezpieczenia podstawowego, jak również odszkodowanie z umowy ubezpieczenia podstawowego nie zostało skutecznie wyegzekwowane na drodze postępowania sądowego;
2) mienie w dniu wystąpienia szkody całkowitej nie było objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego;
3) szkoda całkowita miała miejsce podczas przewozu wykonywanego, w ramach usługi, przez przewoźnika drogowego, kolejowego, morskiego lub lotniczego;
4) szkoda całkowita lub awaria powstała wskutek użytkowania mienia niezgodnie z jego przeznaczeniem;
5) szkoda całkowita lub awaria powstała wskutek niewłaściwego użytkowania, naprawy, zmiany lub modyfikacji mienia, niezgodnie z technologią przewidzianą przez producenta tego mienia lub przez osoby nie posiadające uprawnień do dokonywania napraw lub wprowadzania zmian albo modyfikacji w mieniu;
6) szkoda całkowita lub awaria została spowodowana przez winę umyślną lub rażące niedbalstwo Korzystającego lub osób przez niego wskazanych do obsługi maszyny lub urządzenia (pracownicy lub inne osoby zatrudnione przez Korzystającego);
7) szkoda całkowita lub awaria została spowodowana przez osobę będącą po spożyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) awaria powstała pod wpływem warunków atmosferycznych oraz powolnego działania czynników termicznych, chemicznych i biologicznych, wilgoci, pleśni i grzyba;
9) awaria maszyny lub urządzenia powstała wskutek działania zwierząt;
10) szkoda całkowita miała miejsce poza Europejskim Obszarem Gospodarczym;
11) umowa leasingu lub umowa pożyczki okaże się nieważna lub bezskuteczna;
12) mienie było w chwili zdarzenia powodującego szkodę całkowitą oddane przez Korzystającego lub Pożyczkodawcę krótkoterminowo tj. na okres umowny do sześciu miesięcy, w najem, użyczenie, dzierżawę lub inny stosunek prawny o podobnym charakterze.

POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

§ 12.

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem", dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych warunków ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
2. Reklamacja może zostać złożona:
1) w formie pisemnej:
a. osobiście w siedzibie Administratora lub
b. przesyłką pocztową na adres Administratora:
AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa,
2) telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (022) 526 29 90, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
2) wskazanie numeru kredytu, w związku z którym zawarta została Umowa Ubezpieczenia,
3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
4) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres korespondencyjny wskazany w ust. 3 pkt 1).
8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczyciel jest język polski.
9. Niezależnie od powyższego Ubezpieczony może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
10. Ubezpieczonemu przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
11. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem https://rf.gov.pl/.
12. Reklamację może złożyć również Ubezpieczony będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację takiego Ubezpieczonego w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
13. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji Ubezpieczonego o którym mowa w ust. 13, i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel, w informacji przekazywanej Ubezpieczonemu, który wystąpił z reklamacją:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
14. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:

AXA
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
Budynek Proximo

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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2019 r.

symbol: SANTANDERL/MiUGAP/0001

WARUNKI UBEZPIECZENIA LEASING ASSISTANCE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Spółka: Europ Assistance S.A. **Produkt: Leasing Assistance**

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach w szczególności w Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Leasing Assistance" Ubezpieczenie Europ Assistance (OWU).

Jakiego rodzaju jest ubezpieczenie?

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oferowany produkt to ubezpieczenie z Działu II ubezpieczeń Osobowych, z grupy 18.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance na rzecz Ubezpieczonych, w przypadku wystąpienia zdarzenia assistance, przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu na terenie kraju lub za granicą, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w wybranym wariacie ubezpieczenia:

- „Leasing Assistance"
- „Leasing Assistance Dostawczy"
- „Leasing Assistance Plus"
- „Leasing Assistance Dostawczy Plus "

✓ Limity ustalone są indywidualnie **zgodnie z posiadanym ww. wariantem ubezpieczenia:**

✓ **Leasing Assistance, Leasing Assistance Dostawczy:**

- pojazd zastępczy po awarii: 3 doby
- pojazd zastępczy po wypadku: 5 dób
- pojazd zastępczy po szkodzie całkowitej lub kradzieży: 7 dób
- zakwaterowanie w hotelu kierowcy i pasażerów - 3 doby do 200 PLN na osobę za dobę
- klasa pojazdu zastępczego: w wariancie „Leasing Assistance" Pojazd zastępczy dobierany jest w klasie A – B, w wariancie „Leasing Assistance Dostawcze" Pojazd zastępczy będzie każdorazowo Pojazdem dostawczym

✓ **Leasing Assistance Plus, Leasing Assistance Dostawczy Plus:**

- pojazd zastępczy po awarii: 4 doby
- pojazd zastępczy po wypadku: 14 dób
- pojazd zastępczy po szkodzie całkowitej lub kradzieży: 30 dób
- zakwaterowanie w hotelu kierowcy i pasażerów - 4 doby do 400 PLN na osobę za dobę
- klasa pojazdu zastępczego: w wariancie „Leasing Assistance Plus" Pojazd zastępczy dobierany jest w klasie A – D, w wariancie „Leasing Assistance Dostawcze Plus" Pojazd zastępczy będzie każdorazowo Pojazdem dostawczym

✓ **Leasing Assistance, Leasing Assistance Dostawczy, Leasing Assistance Plus, Leasing Assistance Dostawczy Plus:**

- usprawnienie Pojazdu do 400 PLN
- holowanie Pojazdu do najbliższego ASO (maksymalnie do 100 km od miejsca zdarzenia)
- odbiór pojazdu po naprawie
- dostarczenie paliwa
- parkowanie pojazdu: 200 PLN
- złomowanie pojazdu: 500 PLN
- transport kierowcy i pasażerów wraz z bagażem i przyczepą do miejsca docelowego podróży
- dodatkowe świadczenia za granicą: transport medyczny, transport zwłok do Polski, natychmiastowa wizyta osoby bliskiej: 5 dób do 200 PLN na osobę za dobę
- pomoc informacyjna

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× Kosztów części zamiennych.

× Kosztów paliwa dostarczonego przez pilota Europ Assistance.

× Świadczenie zakwaterowania w hotelu nie obejmuje innych wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego związanych z pobytem w hotelu, jak np.: telefon, dodatkowe wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w momencie osiągnięcia przez Pojazd 8 lat licząc od daty pierwszej rejestracji.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe **:**

! w wyniku jakichkolwiek roszczeń skierowanych do Ubezpieczonego przez osoby trzecie w związku z wystąpieniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

! w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, członka rodziny lub osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy prawa ponosi odpowiedzialność, jak za działania własne,

! umyślnego lub rażąco niedbałego działania Ubezpieczonego.

Ponadto Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia assistance:

! powstałe podczas udziału Pojazdu w rajdach, konkursach, wyścigach, testach lub przygotowań do nich, albo użycia Pojazdu jako rekwizytu,

! powstałe w Pojazdach używanych do celów zarobkowych, tj. taksówkach, Pojazdach wypożyczalni samochodów, nauki jazdy,

! wynikające z niezrealizowanej na czas (zgodnie z warunkami eksploatacji Pojazdu określonymi przez producenta) konserwacji lub przeglądu przeprowadzanego w stacji obsługi i związanego z tym zdarzeniem unieruchomienia Pojazdu,

! w następstwie napraw wykonywanych przez stacje obsługi,

! wynikające z powtarzających się Awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyny po udzieleniu świadczenia przez Europ Assistance,

! będące następstwem użytkowania Pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem oraz spowodowane przez przewożony ładunek, w tym ładunek wszelkiego rodzaju przyczep,

! powstałe podczas używania Pojazdu przez Ubezpieczonego jako narzędzia przestępstwa,

! powstałe w czasie używania Pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w Pojazdach uczestniczących w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,

! powstałe podczas użycia Pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, w szczególności: paliwa, toksyczne substancje chemiczne lub gazy,

! powstałe w związku z działaniem Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, o ile miało to wpływ na zdarzenie, 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;

! powstałe podczas kierowania Pojazdem przez osoby, które nie posiadały wymaganych uprawnień do kierowania Pojazdem w szczególności: prawa jazdy, badań lekarskich, wymaganego świadectwa kwalifikacji o ile miało to wpływ na zdarzenie

Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody wyrządzone w ładunku Pojazdów objętych ubezpieczeniem i ładunku przyczep.

! Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa oczekiwania na części zamienne lub inne roszczenia Ubezpieczonego z tym związane.

! Ubezpieczyciel nie odpowiada za kradzież, uszkodzenie lub zniszczenie bagażu, rzeczy osobistych i przedmiotów pozostawionych w pojeździe na czas holowania lub wykonywania innego świadczenia w ramach niniejszego ubezpieczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

– Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia assistance powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz na terytorium następujących państw: Andory, Austrii, Belgii, Bułgarii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Lichtensteinu, Litwy, Łotwy, Luksemburga, Macedonii, Malty, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rosji (tylko część europejska), Rumunii, San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Szwajcarii, Turcji (tylko część europejska), Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

– W celu skorzystania ze świadczeń assistance objętych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony lub każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie (przy uwzględnieniu okoliczności zdarzenia) po wystąpieniu zdarzenia assistance powiadomić Europ Assistance, dzwoniąc pod numer telefonu tj. **+48 22 205 50 40** i podać operatorowi Europ Assistance następujące dane:
  – dotyczące Ubezpieczonego (imię i nazwisko Korzystającego, adres siedziby Korzystającego),
  – dotyczące Pojazdu (markę i model Pojazdu, numer rejestracyjny Pojazdu, rok produkcji, przebieg Pojazdu,),
  – miejsce i okoliczności zdarzenia i telefon, pod którym Ubezpieczony będzie dostępny,
  – inne dane lub informacje niezbędne do wykonania świadczenia

Jak i kiedy należy opłacać składki?

– Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
– Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

– Ochrona ubezpieczenia w odniesieniu do danego Pojazdu rozpoczyna się od dnia wskazanego w Potwierdzeniu zawarcia ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
– Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
  – z upływem okresu ubezpieczenia,
  – z dniem zbycia Pojazdu przez Ubezpieczającego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przeniesienie własności Pojazdu następuje przez Ubezpieczającego na dotychczasowego Ubezpieczonego lub osobę fizyczną (tożsamą z osobą Ubezpieczonego – współwłaściciela lub udziałowca spółki Ubezpieczającego)
  – z dniem wystąpienia szkody całkowitej z tym, że Ubezpieczonemu nadal przysługiwać będą świadczenia ze strony Ubezpieczyciela, związane z zaistniałym zdarzeniem i wynikające z wykupionego pakietu ubezpieczeniowego szczegółowo określone w Warunkach Ubezpieczenia,
  – z dniem wyrejestrowania Pojazdu na skutek kradzieży.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli rezygnacja z umowy ubezpieczenia nastąpiła w ciągu pierwszych 60 dni trwania ochrony, wówczas następuje pełny zwrot składki pod warunkiem, że w tym czasie Ubezpieczony nie zgłosił ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
„Leasing Assistance”
Ubezpieczenie **Europ Assistance**

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia **„Leasing Assistance”,** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	§7, §9
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§8, §9
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§8, §9
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§10

WARUNKI UBEZPIECZENIA LEASING ASSISTANCE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia, Europ Assistance S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej – kierowcy i pasażerom ubezpieczonego Pojazdu w przypadku wystąpienia zdarzeń assistance w zakresie świadczeń assistance przewidzianych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia.
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia stosuje się do Umowy Grupowego Ubezpieczenia zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Santander Leasing S.A. a Europ Assistance S.A., w odniesieniu do Pojazdów będących własnością lub finansowanych przez Santander Leasing S.A..

§ 2

Wszelkie odstępstwa od postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia oraz wszelkie zawiadomienia i oświadczenia związane z Umową Ubezpieczenia muszą być sporządzone pisemnie w formie aneksu do Umowy Ubezpieczenia pod rygorem ich nieważności.

DEFINICJE

§ 3

Przez użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

1) **Autoryzowana stacja obsługi** - mający swoją siedzibę w granicach geograficznych wskazanych w § 6 punkt obsługi i naprawy Pojazdów, właściwy dla marki ubezpieczonego Pojazdu, posiadający zgodę producenta lub importera Pojazdów tej marki na ich serwisowanie i wykonywanie napraw,
2) **Awaria** – jakiekolwiek wadliwe lub niewłaściwe funkcjonowanie Pojazdu, wynikające z przyczyn wewnętrznych Pojazdu, które uniemożliwia jazdę w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami obowiązującymi w kraju miejsca Awarii, w tym rozładowanie akumulatora, zagubienie, zatrzaśnięcie lub złamanie kluczyków służących do uruchomienia Pojazdu, przebicie opony, brak lub niewłaściwe paliwo w zbiorniku paliwa; za Awarię nie są uznawane: konieczność uzupełnienia materiałów eksploatacyjnych, obsługa bieżąca i okresowa Pojazdu, dostawa i montaż akcesoriów,
3) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o., uprawnione do organizacji i wykonywania świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, dyspozycyjne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku;
4) **Europ Assistance** – jednostka organizacyjna działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela tj.: Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 5, zajmująca się realizacją praw i obowiązków Ubezpieczyciela z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, w tym realizacją określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia świadczeń assistance, do której Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zdarzenie assistance objęte ochroną ubezpieczeniową,
5) **Europejska część Turcji** – Tracja (obszar Turcji od strony europejskiej do Morza Marmara oraz cieśnin Bosfor i Dardanele).
6) **Europejska część Rosji** - następujące jednostki podziału administracyjnego terytorium Federacji Rosyjskiej: Okręg Centralny, Okręg Północno-Zachodni (bez Nienieckiego kręgu Autonomicznego i Republiki Komii), Okręg Wołżański, Obwód Wołgogradzki, Obwód Rostowski, Republika Kałmucji, Obwód Astrachański, Kraj Stawropolski)
7) **Korzystający** – podmiot upoważniony do korzystania z Pojazdu przez Santander Leasing S.A. na postawie umowy leasingu
8) **Kradzież –** zabór Pojazdu lub jego części, uniemożliwiający poruszanie się Pojazdu, w celu przywłaszczenia, zabór Pojazdu z włamaniem, zabór Pojazdu przy użyciu wobec Korzystającego (Ubezpieczonego) przemocy lub groźby jej użycia albo doprowadzeniu Korzystającego (Ubezpieczonego) do stanu nieprzytomności lub bezbronności w celu kradzieży Pojazdu lub zabór Pojazdu mechanicznego w celu krótkotrwałego użycia czyli działanie wyczerpujące znamiona czynów zabronionych określonych z art. 278-280 i 289 kodeksu karnego, uniemożliwiające kontynuowanie podróży w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami kraju miejsca kradzieży, za kradzież nie uważa się przywłaszczenia Pojazdu czyli czynu o którym mowa w art. 284 kodeksu karnego oraz kradzieży kluczyków,
9) **Okres ubezpieczenia** - okres dwunastu miesięcy lub jego wielokrotność za które składka ubezpieczeniowa została opłacona w całości; za początek okresu ubezpieczenia przyjmuje się pierwszy dzień odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
10) **Pilot** – osoba skierowana przez Europ Assistance na miejsce zdarzenia,

11) **Podróż** – poruszanie się Pojazdu po terytorium państw określonych w Warunkach Ubezpieczenia, poza siedzibą Korzystającego,
12) **Pojazd** – samochód osobowy albo ciężarowy o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 tony, zaopatrzony w polskie numery rejestracyjne, zgłoszony do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego oraz Pojazd dostawczy,
13) **Pojazd dostawczy** – Pojazd zarejestrowany, jako Pojazd ciężarowy o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5t, zaopatrzony w polskie tablice rejestracyjne i dopuszczony do ruchu po drogach publicznych, przystosowany do przewozu osób lub towarów i zbudowany w nadwoziu typu furgon lub skrzyniowym, posiadający wydzieloną przestrzeń ładunkową, którego ładowność jest większa niż 500kg. Za Pojazd dostawczy uznawany jest również Pojazd w nadwoziu typu pick-up,
14) **Potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia, określający wybrany wariant ubezpieczenia, z którego wynika zakres przysługujących świadczeń,
15) **Siedziba Korzystającego** – adres Korzystającego wskazany w umowie leasingu,
16) **Szkoda całkowita** – stan Pojazdu po wypadku, uniemożliwiający odbudowę Pojazdu z przyczyn technicznych lub gdy przewidywane koszty naprawy Pojazdu przekraczają 70% wartości rynkowej Pojazdu w dniu szkody, według wyceny dokonanej przez zakład ubezpieczeń, w którym jest zawarta umowa ubezpieczenia auto-casco Pojazdu, albo zakład ubezpieczeń, z którym sprawca wypadku zawarł umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
17) **Ubezpieczający** – Santander Leasing S.A..
18) **Ubezpieczony** – Korzystający lub inny użytkownik Pojazdu wskazany przez Santander Leasing S.A., który posiada Potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia; na potrzeby niniejszych Warunków Ubezpieczenia przez Ubezpieczonych rozumie się również pasażerów przewożonych Pojazdem w liczbie nie większej niż dopuszczalna przez producenta i przepisy prawa dla danego Pojazdu,
19) **Umowa leasingu**- umowa leasingu, umowa najmu, pożyczki bądź inna umowa o podobnym charakterze,
20) **Ubezpieczyciel** - Europ Assistance S.A., spółka akcyjna prawa francuskiego, o kapitale zakładowym w wysokości 35.402.785 Euro, działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405,
21) **Unieruchomienie Pojazdu** – stan Pojazdu uniemożliwiający kontynuowanie podróży lub dalsze użytkowanie Pojazdu zgodnie z przepisami o ruchu drogowym w kraju zdarzenia, który powstał na skutek Awarii, wypadku lub w wyniku kradzieży
22) **Usprawnienie Pojazdu** – usunięcie na trasie podróży przyczyny uniemożliwiającej kontynuowanie podróży,
23) **Wypadek** – jakiekolwiek zdarzenie drogowe wywołane przyczyną zewnętrzną unieruchamiające Pojazd, łącznie z kolizją, wywróceniem Pojazdu, spadkiem Pojazdu ze skarpy, wybuchem lub pożarem w pojeździe, uniemożliwiające kontynuowanie jazdy w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami kraju miejsca wypadku,
24) **Zdarzenie assistance** – każdy przypadek unieruchomienia Pojazdu lub kradzieży objęty b ochroną ubezpieczeniową.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA
§ 4

1. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie Ubezpieczenia.
2. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
§ 5

Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance na rzecz Ubezpieczonych, w przypadku wystąpienia zdarzenia assistance, przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu na terenie kraju lub za granicą, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w wybranym wariacie ubezpieczenia:

1) „Leasing Assistance”,
2) „Leasing Assistance Dostawczy”
3) „Leasing Assistance Plus”

4) „Leasing Assistance Dostawczy Plus”

ZAKRES UBEZPIECZENIA
§ 6

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia assistance powstałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz na terytorium następujących państw: Andory, Austrii, Belgii, Bułgarii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Lichtensteinu, Litwy, Łotwy, Luksemburga, Macedonii, Malty, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rosji (tylko część europejska),Rumunii, San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Szwajcarii, Turcji (tylko część europejska), Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na spełnieniu określonych w § 7 świadczeń do wysokości sumy ubezpieczenia, zgodnie z wariantem ubezpieczenia.

§ 7

1. W zależności od zaistniałego zdarzenia Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego spełni następujące świadczenia do wysokości sumy ubezpieczenia:
   1) **usprawnienie Pojazdu** – w przypadku unieruchomienia Pojazdu, Europ Assistance przysyła na miejsce unieruchomienia Pojazdu Pilota w celu usprawnienia Pojazdu oraz pokrywa jego koszty do kwoty 400 PLN; świadczenie to nie obejmuje kosztów części użytych do naprawy;
   2) **holowanie Pojazdu** – jeżeli w wyniku unieruchomienia Pojazdu nie jest możliwe usprawnienie Pojazdu w miejscu unieruchomienia Pojazdu, Pilot odholowuje Pojazd do najbliższej, autoryzowanej stacji obsługi mogącej dokonać naprawy Pojazdu lub, gdy Pojazd wymaga innego rodzaju naprawy np. wulkanizacji, do warsztatu naprawczego mogącego dokonać danej naprawy Pojazdu; Ubezpieczony ma prawo wyboru autoryzowanej stacji obsługi danej marki, o ile jej lokalizacja znajduje się nie dalej niż w promieniu 150 km od miejsca zdarzenia oraz w granicach terytorialnych Polski. W przypadku braku możliwości dostarczenia Pojazdu do warsztatu Europ Assistance odholuje Pojazd na parking, następnie zaś przewiezie go do warsztatu. W przypadku unieruchomienia Pojazdu na autostradzie poza granicami Polski oraz braku możliwości wykonania świadczenia assistance przez Europ Assistance, gdy Ubezpieczony odholował Pojazd we własnym zakresie Europ Assistance zrefunduje Ubezpieczonemu koszty holowania Pojazdu z miejsca zdarzenia do najbliższej, autoryzowanej stacji obsługi,;
   3) **dostarczenie paliwa –** w przypadku braku paliwa w zbiorniku paliwa Europ Assistance przysyła Pilota na miejsce unieruchomienia Pojazdu w celu dostarczenia właściwego paliwa w ilości pozwalającej na dojazd do najbliższej czynnej stacji paliw; Ubezpieczony zobowiązany jest do pokrycia kosztów zakupu dostarczonego paliwa;
2. Jeżeli w wyniku unieruchomienia Pojazdu, Pojazd został odholowany przez Pilota Europ Assistance i nie może być naprawiony tego samego dnia lub jeżeli Pojazd uległ szkodzie całkowitej bądź kradzieży Ubezpieczonemu przysługuje jedno z opisanych w pkt. 1) – 3) poniżej świadczeń oraz świadczenia wymienione w pkt. 4) – 6) w zakresie zgodnym z posiadanym przez Korzystającego wariantem ubezpieczenia:
   1) **Pojazd zastępczy** – Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty wynajmu Pojazdu zastępczego na liczbę dni wynikającą z wybranego Wariantu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż faktyczny czas naprawy Pojazdu, zgodnie z poniższą tabelą oraz z zastrzeżeniem ust. 4

Wariant ubezpieczenia	Rodzaj zdarzenia	Czas udostępnienia Pojazdu zastępczego
„Leasing Assistance”, „Leasing Assistance Dostawczy”	Awaria	3 doby
	Wypadek	5 dób
	Szkoda całkowita lub kradzież	7 dób
„Leasing Assistance Plus” „Leasing Assistance Dostawczy Plus”	Awaria	4 doby
	Wypadek	14 dób
	Szkoda całkowita lub kradzież	30 dób

2) **transport kierowcy i pasażerów wraz z bagażem i przyczepą do miejsca zamieszkania Korzystającego lub do miejsca docelowego podróży** – Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty dalszego transportu do miejsca docelowego podróży lub do miejsca siedziby Korzystającego (do bliższego z tych dwóch miejsc) pociągiem I klasy lub, jeżeli podróż przekracza 8 godzin, samolotem w klasie turystycznej, wraz z przejazdem taksówką na dworzec kolejowy bądź lotnisko oraz z dworca bądź lotniska.
3) **Zakwaterowanie w hotelu kierowcy i pasażerów** –w przypadku zdarzenia assistance, mającego miejsce w odległości powyżej 50 km od siedziby Korzystającego, Europ Assistance zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania w hotelu ze śniadaniem, w hotelu, na okres (nieprzekraczający faktycznego czasu naprawy) unieruchomienia Pojazdu, wraz z transportem do hotelu, jednak nie dłużej niż na okres określony w poniższej tabeli,.

Wariant ubezpieczenia	Rodzaj świadczenia	Okres
„Leasing Assistance”, „Leasing Assistance Dostawczy”	Do 200 PLN na osobę za dobę	3 doby
„Leasing Assistance Plus” „Leasing Assistance Dostawczy Plus”	Do 400 PLN na osobę za dobę	4 doby

W przypadku wyboru świadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3) wyłącznie na okres jednej doby do wysokości określonego w powyższej tabeli rodzaju świadczenia zgodnego z wybranym wariantem ubezpieczenia. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, przysługuje tylko w dniu zaistnienia zdarzenia assistance.
Świadczenie zakwaterowania w hotelu nie obejmuje innych wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego związanych z pobytem w hotelu, jak np.: telefon, dodatkowe wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel.
4) **Odbiór Pojazdu po naprawie** – w przypadku zdarzenia assistance, mającego miejsce, w odległości powyżej 50 km od siedziby Korzystającego, a Pojazd nie może być naprawiony w ciągu 24 h od momentu zgłoszenia zdarzenia assistance, Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty transportu jednej osoby w jedną stronę pociągiem I klasy lub, jeżeli podróż przekracza 8 godzin, samolotem w klasie turystycznej, wraz z transportem taksówką na i z dworca lub lotniska w celu odbioru naprawionego Pojazdu z autoryzowanej stacji obsługi, do której Pojazd został odholowany przez Europ Assistance; na życzenie Ubezpieczonego istnieje możliwość odebrania Pojazdu przez wskazanego przez Europ Assistance kierowcę, który dostarcza Pojazd do siedziby Korzystającego lub do miejsca docelowego podróży (do bliższego z tych dwóch miejsc), a Ubezpieczony pokrywa w takim przypadku koszt paliwa, dodatkowego ubezpieczenia i opłat drogowych,
5) **Parkowanie Pojazdu** – jeżeli z racji wystąpienia zdarzenia assistance zachodzi potrzeba przechowania Pojazdu na dozorowanym parkingu płatnym, Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty parkowania Pojazdu do wysokości 200 złotych za cały okres parkowania,
6) **Złomowanie Pojazdu** – w przypadku, gdy naprawa Pojazdu przekracza jego wartość, bądź Pojazd nie nadaje się do naprawy, Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty złomowania Pojazdu do wysokości 500 złotych.

3. Dodatkowe świadczenia oferowane za granicą Rzeczypospolitej:
1) **Transport medyczny** – w przypadku uszkodzenia ciała Korzystającego lub pasażerów Pojazdu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, w razie zdarzeń niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego Europ Assistance organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca zdarzenia assistance do najbliższego szpitala lub innej najbliższej placówki medycznej odpowiednio przygotowanej do udzielenia pomocy. O celowości transportu oraz wyborze środka transportu decyduje lekarz pierwszego kontaktu wysłany przez Europ Assistance lub lekarz Europ Assistance
1) **Transport zwłok do Polski** – jeżeli w wyniku wypadku nastąpił zgon Ubezpieczonego, Europ Assistance organizuje i pokrywa koszt transportu zwłok lub prochów Ubezpieczonego do miejsca jego pochówku w Rzeczypospolitej Polskiej z wyłączeniem kosztów trumny, kremacji,,
2) **Natychmiastowa wizyta** – Europ Assistance pokrywa koszty zakwaterowania oraz wyżywienia, maksymalnie przez okres 5 dni do kwoty 200 PLN na dobę na osobę, i organizuje transport w obie strony, osoby bliskiej Korzystającego jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku istnieje konieczność jego hospitalizacji, a obecność osoby towarzyszącej jest konieczna i zalecona przez lekarza prowadzącego, powyższe uprawnienie może być wykorzystane tylko jednorazowo w odniesieniu do jednego zdarzenia assistance.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt. 1) (Pojazd zastępczy), jest realizowane z uwzględnieniem następujących ograniczeń:
   1) klasa Pojazdu zastępczego jest dobierana przez Europ Assistance odpowiednio do klasy Pojazdu posiadanego przez Ubezpieczonego w klasie równoległej chyba, że z przyczyn niezależnych od Europ Assistance nie jest to możliwe, wówczas, z zastrzeżeniem postanowień pkt 2 poniżej, w klasie nie gorszej niż jedną klasę niżej,
   2) w wariancie „Leasing Assistance” Pojazd zastępczy dobierany jest w klasie A – B, natomiast w wariancie „Leasing Assistance Plus” w klasie A – D, w wariancie „Leasing Assistance Dostawczy” oraz „Leasing Assistance Dostawczy Plus” Pojazd zastępczy będzie każdorazowo Pojazdem dostawczym,
   3) w przypadku Pojazdu inwalidzkiego specjalnie zaadaptowanego, Europ Assistance zapewnia Pojazd zastępczy z kierowcą, jeżeli żaden z pasażerów nie będzie mógł prowadzić Pojazdu zastępczego,
   4) świadczenie Pojazdu zastępczego nie obejmuje kosztów paliwa do Pojazdu zastępczego, ubezpieczeń innych niż AC/OC i innych dodatkowych opłat, rozumianych jako kaucja na pokrycie udziału własnego oraz innych wymogów stawianych przez firmy wynajmujące, jak również nie zwalniają Ubezpieczonego z konieczności posiadania karty kredytowej lub innych zabezpieczeń wymaganych przy udostępnieniu Pojazdu zastępczego zgodnie z ogólnymi warunkami wynajmu stosowanymi przez wypożyczalnie. Europ Assistance udzieli ubezpieczonemu informacji o wyżej wymienionych wymaganiach w konkretnym przypadku,
   5) Ubezpieczony zobowiązany jest zapoznać się z ogólnymi warunkami wynajmu oraz warunkami ubezpieczenia Pojazdu zastępczego i postępować zgodnie z otrzymanymi poleceniami i wskazówkami; odbiór Pojazdu zastępczego jest równoznaczny ze zrozumieniem i akceptacją powyższych warunków przez Ubezpieczonego,
   6) świadczenia Pojazdu zastępczego przysługują jedynie w sytuacji, gdy konieczne było holowanie Pojazdu przez Pilota Europ Assistance, z wyłączeniem sytuacji w której Pojazd został skradziony
   7) okres udostępnienia Pojazdu zastępczego może zostać skrócony, jeżeli Pojazd Ubezpieczonego zostanie naprawiony lub Pojazd skradziony zostanie odnaleziony przez policję (i powstanie możliwość korzystania z tego Pojazdu), o czym Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić Europ Assistance,
   8) w przypadku Awarii lub wypadku, Ubezpieczonemu przysługuje Pojazd zastępczy od momentu powiadomienia Europ Assistance przez autoryzowaną stację obsługi, do której na zlecenie Europ Assistance Pojazd został odholowany, że Pojazd nie może być naprawiony tego samego dnia,
   9) w przypadku kradzieży Pojazd zastępczy przysługuje od momentu przekazania przez Ubezpieczonego do Europ Assistance zaświadczenia z policji o przyjęciu zgłoszenia kradzieży Pojazdu, jednak nie dłużej niż do dnia odzyskania Pojazdu przez Policję,
   10) Europ Assistance poinformuje Ubezpieczonego o sposobie odbioru i zwrotu Pojazdu zastępczego,
   11) Europ Assistance nie pokrywa kosztów z tytułu odbioru i zwrotu Pojazdów zastępczych.
5. W ramach pomocy informacyjnej Ubezpieczony może dodatkowo skorzystać z następujących świadczeń:
   1) pomoc w otrzymaniu dokumentów zastępczych – w przypadku kradzieży lub zagubienia dokumentów osobistych albo dokumentów Pojazdu podczas podróży poza granicami Polski Europ Assistance udziela Ubezpieczonemu pomocy w postaci poinformowania o procedurze umożliwiającej otrzymanie dokumentów zastępczych,
   2) informacje samochodowe (np. informacje na temat sugerowanych połączeń i objazdów, lokalizacji najbliższej stacji benzynowej lub warsztatu samochodowego)
   3) informacje o możliwościach wypożyczenia samochodu,
   4) informacje o możliwościach skorzystania z sieci Europ Assistance w zakresie holowania Pojazdu,
   5) informacje o usługodawcach z sieci Europ Assistance,
   6) informacje odnośnie połączeń lotniczych i promowych,
   7) informacje odnośnie kosztów paliwa i opłat drogowych we wskazanym kraju,
   8) informacje odnośnie procedur w ramach ubezpieczeń kosztów leczenia za granicą,
   9) informacje o podróżach i turystyce (np. informacje na temat klimatu w danym kraju, szczepień obowiązkowych, wiz, atrakcji turystycznych),
   10) informacje o rozrywkach (np. repertuar teatrów, kin, oper, informacje o koncertach i innych wydarzeniach kulturalnych, informacje na temat klubów wraz z ich adresami), informacje sportowe (np. informacje o rozgrywkach sportowych i ich wynikach).

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w momencie osiągnięcia przez Pojazd 8 lat licząc od daty pierwszej rejestracji.
2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe **:**
   1) w wyniku jakichkolwiek roszczeń skierowanych do Ubezpieczonego przez osoby trzecie w związku z wystąpieniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
   2) wskutek działań wojennych, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, powstań, strajków i lokautów, aktów terroryzmu lub sabotażu, rewolucji, demonstracji,
   3) wskutek trzęsienia ziemi, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia opadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu,
   4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, członka rodziny lub osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy prawa ponosi odpowiedzialność, jak za działania własne,
   5) umyślnego lub rażąco niedbałego działania Ubezpieczonego.
3. Ponadto Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia assistance:
   1) powstałe podczas udziału Pojazdu w rajdach, konkursach, wyścigach, testach lub przygotowań do nich, albo użycia Pojazdu jako rekwizytu,
   2) powstałe w Pojazdach używanych do celów zarobkowych, tj. taksówkach, Pojazdach wypożyczalni samochodów, nauki jazdy,
   3) wynikające z niezrealizowanej na czas (zgodnie z warunkami eksploatacji Pojazdu określonymi przez producenta) konserwacji lub przeglądu przeprowadzanego w stacji obsługi i związanego z tym zdarzeniem unieruchomienia Pojazdu,
   4) w następstwie napraw wykonywanych przez stacje obsługi,
   5) wynikające z powtarzających się Awarii, będących następstwem nieusunięcia przez Ubezpieczonego ich przyczyny po udzieleniu świadczenia przez Europ Assistance,
   6) będące następstwem użytkowania Pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem oraz spowodowane przez przewożony ładunek, w tym ładunek wszelkiego rodzaju przyczep,
   7) powstałe podczas używania Pojazdu przez Ubezpieczonego jako narzędzia przestępstwa,
   8) powstałe w czasie używania Pojazdu w związku z obowiązkowymi świadczeniami na rzecz wojska lub innych podmiotów, a także powstałe w Pojazdach uczestniczących w akcjach protestacyjnych i blokadach dróg,
   9) powstałe podczas użycia Pojazdu do transportu towarów niebezpiecznych, w szczególności: paliwa, toksyczne substancje chemiczne lub gazy,
   10) powstałe w związku z działaniem Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, o ile miało to wpływ na zdarzenie, 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;
   11) powstałe podczas kierowania Pojazdem przez osoby, które nie posiadały wymaganych uprawnień do kierowania Pojazdem w szczególności: prawa jazdy, badań lekarskich, wymaganego świadectwa kwalifikacji o ile miało to wpływ na zdarzenie

4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody wyrządzone w ładunku Pojazdów objętych ubezpieczeniem i ładunku przyczep.
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa oczekiwania na części zamienne lub inne roszczenia Ubezpieczonego z tym związane.
6. Ubezpieczyciel nie odpowiada za kradzież, uszkodzenie lub zniszczenie bagażu, rzeczy osobistych i przedmiotów pozostawionych w pojeździe na czas holowania lub wykonywania innego świadczenia w ramach niniejszego ubezpieczenia.

7. Czas trwania wszelkich dodatkowych czynności serwisowych (jak np. okresowy przegląd Pojazdu, drobne naprawy lub regulacje), oraz administracyjnych (np. proces likwidacji szkody w towarzystwie ubezpieczeniowym lub brak środków pieniężnych na pokrycie kosztów naprawy) poza niezbędnymi naprawami będącymi następstwem zdarzeń assistance uprawniających do korzystania ze świadczeń assistance nie stanowi czasu naprawy uszkodzonego Pojazdu w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA
§ 9

1. Suma ubezpieczenia zostaje ustalona w złotych polskich, w kwocie nieprzekraczającej równowartości 10.000 Euro dla jednego zdarzenia assistance objętego ubezpieczeniem, licząc według średniego kursu tej waluty określonej przez NBP na dzień ustalania odszkodowania.
2. Suma ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 powyżej, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 10

1. Ochrona ubezpieczenia w odniesieniu do danego Pojazdu rozpoczyna się od dnia wskazanego w Potwierdzeniu zawarcia ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia,
   2) z dniem zbycia Pojazdu przez Ubezpieczającego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przeniesienie własności Pojazdu następuje przez Ubezpieczającego na dotychczasowego Ubezpieczonego lub osobę fizyczną (tożsamą z osobą Ubezpieczonego – współwłaściciela lub udziałowca spółki Ubezpieczającego)
   3) z dniem wystąpienia szkody całkowitej z tym, że Ubezpieczonemu nadal przysługiwać będą świadczenia ze strony Ubezpieczyciela, związane z zaistniałym zdarzeniem i wynikające z wykupionego pakietu ubezpieczeniowego szczegółowo określone w Warunkach Ubezpieczenia,
   4) z dniem wyrejestrowania Pojazdu na skutek kradzieży.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA ASSISTANCE – OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO I EUROP ASSISTANCE
§ 11

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance objętych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony lub każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie (przy uwzględnieniu okoliczności zdarzenia) po wystąpieniu zdarzenia assistance powiadomić Europ Assistance, dzwoniąc pod numer telefonu tj. **+48 22 205 50 40** i podać operatorowi Europ Assistance następujące dane:
   1) dotyczące Ubezpieczonego (imię i nazwisko Korzystającego, adres siedziby Korzystającego),
   2) dotyczące Pojazdu (markę i model Pojazdu, numer rejestracyjny Pojazdu, rok produkcji, przebieg Pojazdu,),
   3) miejsce i okoliczności zdarzenia i telefon, pod którym Ubezpieczony będzie dostępny,
   4) inne dane lub informacje niezbędne do wykonania świadczenia,
2. Na wniosek Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu Europ Assistance oddzwoni do osoby zgłaszającej wystąpienie zdarzenia assistance.
3. Po wykonaniu czynności, o których mowa w ust.1 i 2, Europ Assistance skieruje Pilota na miejsce zdarzenia assistance.
4. W każdym przypadku powstania zdarzenia assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) udzielić Pilotowi przybyłemu na miejsce zdarzenia stosownych pełnomocnictw w zakresie niezbędnym do wykonania danych świadczeń,
   2) nie zlecać czynności objętych pomocą innym jednostkom organizacyjnym chyba, że Pilot nie rozpocznie udzielania pomocy w czasie 2 godzin od chwili zawiadomienia Europ Assistance (w przypadku braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Europ Assistance),
   3) wykorzystać dostępne środki w celu zmniejszenia rozmiaru szkody oraz zapobiec w miarę możliwości zwiększaniu się szkody.

5. W przypadku, gdy Pilot nie rozpocznie udzielania pomocy w czasie określonym w ust. 5 pkt 2) Ubezpieczony jest uprawniony do zorganizowania we własnym zakresie uzgodnionych uprzednio z Europ Assistance świadczeń assistance jak w § 7 i zobowiązany do ich udokumentowania oryginałami rachunków.
6. Europ Assistance na zasadzie określonej § 12 refundacji, dokona zwrotu uzasadnionych kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATA ODSZKODOWANIA
§ 12

1. Ubezpieczyciel może stosownie obniżyć wysokość zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, jeżeli z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił on o zdarzeniu i nie uzyskał uprzedniej zgody Ubezpieczyciela, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
2. Jeżeli świadczenia assistance wynikające z niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie zostały opłacone bezpośrednio przez Europ Assistance a z okoliczności sprawy wynika, że Ubezpieczony z przyczyn obiektywnych nie był w stanie zgłosić zdarzenia do Europ Assistance niezwłocznie po jego zajściu, Ubezpieczyciel dokonuje refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego uzasadnionych kosztów zgodnie z postanowieniami OWU.
3. Ubezpieczyciel dokona, na zasadzie refundacji i zgodnie z treścią zapłaconych przez Ubezpieczonego dowodów księgowych, w tym faktur VAT, zwrotu kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego w terminie do 30 dni od przedłożenia przez Ubezpieczonego całości dokumentacji (wniosku refundacyjnego, kopii dowodu rejestracyjnego wraz z oryginałami rachunków). Refundacja następuje w złotych polskich wg średniego kursu walut obcych NBP liczona na dzień ustalania odszkodowania . Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o refundację kosztów świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Europ Assistance.
4. Rachunki oraz faktury z tytułu świadczeń, o których mowa w ust. 1, będą wystawiane na Ubezpieczonego chyba, że ustalenia stron będą inne.
5. Wnioski o refundację kosztów wraz z wymienionymi w nich wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Europ Assistance, będącego uprawnionym przedstawicielem Ubezpieczyciela:

   Zespół ds. Likwidacji Szkód
   Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
   ul. Wołoska 5, budynek TAURUS
   02-675 Warszawa
   refundacje@europ-assistance.pl
6. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część refundacji Europ Assistance wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

REKLAMACJE
§ 13

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
   a) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
   b) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu +(48 22 205 50 40 albo osobiście pod adresem Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
   c) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: quality@europ-assistance.pl)
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.

4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel informuje składającego reklamację o sposobie jej załatwienia w formie pisemnej, albo – jeśli składający reklamację wyrazi na to zgodę, pocztą elektroniczną.
6. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

ROSZCZENIA REGRESOWE
§ 14

1. Z dniem, w którym Ubezpieczyciel dokona refundacji poniesionych kosztów, roszczenie do osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconej kwoty.
2. Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego do osób najbliższych oraz za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 15

1. Spory wynikające z niniejszej Umowy Ubezpieczenia mogą być dochodzone przed sądami według właściwości miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczającego, spadkobiercy Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia lub klauzulami umownymi stosuje się przepisy prawa polskiego, w tym Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące akty prawne.
4. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od 01 października 2018 roku.

WARUNKI UBEZPIECZENIA LEASING TRUCK ASSISTANCE MAX

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Spółka: Europ Assistance S.A. **Produkt: Leasing Truck Assistance Max**

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach w szczególności w Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Leasing Truck Assistance Max" Ubezpieczenie Europ Assistance.

Jakiego rodzaju jest ubezpieczenie?
Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oferowany produkt to ubezpieczenie z Działu II ubezpieczeń Osobowych, z grupy 18.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance na rzecz Ubezpieczonych, w przypadku wystąpienia zdarzenia assistance, przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu na terenie kraju lub za granicą według poniższego zakresu.

✓ Limity świadczeń:

- suma ubezpieczenia 2 500 EUR
- parkowanie pojazdu na parkingu strzeżonym: 300 EUR
- zwrot kosztów wynajmu pojazdu zastępczego: 600 EUR
- zakwaterowanie w hotelu: 3 doby - 100 EUR/doba/osoba
- dozór ładunku: 24h
- usprawnienie Pojazdu na miejscu zdarzenia
- holowanie Pojazdu
- podnoszenie Pojazdu
- usprawnienie w razie Awarii ogumienia
- organizacja innego środka transportu
- organizacja przeładunku towaru
- odbiór Pojazdu po naprawie
- transport zwłok do miejsca wskazanego na terytorium RP
- organizacja kierowcy zastępczego
- dostarczenie części zamiennych poza granicami RP
- informacja medyczna
- przekazywanie wiadomości
- nawigator w podróży
- pomoc administracyjna
- pomoc informacyjna
- tłumaczenia telefoniczne
- tłumaczenia formularzy

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczeniem nie są objęte:

× pojazdy używane do transportu towarów niebezpiecznych, w tym w szczególności paliw, substancji toksycznych czy wybuchowych, zgodnie z ustawą o przewozie towarów niebezpiecznych Dz.U. 2011 nr 227 poz. 1367

× pojazdy specjalne (nie służące do przewozu osób i towarów) przeznaczone do wykonywania specjalnej funkcji, która powoduje konieczność dostosowania nadwozia lub posiadania specjalnego wyposażenia, np. dźwig, pogotowie techniczne, pojazd asenizacyjny, śmieciarka, polewaczka, pojazdy straży pożarnej, itp.

× Ubezpieczyciel nie odpowiada za kradzież, uszkodzenie lub zniszczenie bagażu, rzeczy osobistych i przedmiotów pozostawionych w pojeździe na czas holowania.

× Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa oczekiwania na części zamienne lub inne roszczenia Ubezpieczonego z tym związane.

× Zobowiązania Ubezpieczyciela nie obejmują kosztów napraw wykonywanych przez autoryzowane i nieautoryzowane stacje obsługi.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Ubezpieczeniem mogą zostać objęte pojazdu, które zaopatrzone w polskie numery rejestracyjne i w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie starszy niż 10 lat, licząc od daty pierwszej rejestracji.

Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia assistance:

! powstałe w następstwie użytkowania Pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, w szczególności powstałe podczas udziału Pojazdu w rajdach, konkursach, wyścigach, testach lub przygotowań do nich,

! powstałe wskutek przekroczenia dopuszczalnego nacisku na osie i obciążenia pojazdu przyczepą o masie większej niż dopuszczalna przez producenta pojazdu,

! będące wynikiem Awarii, wynikających z nieprzeprowadzonej naprawy Pojazdu po interwencji Centrum Assistance,

! powstałe w związku z kierowaniem Pojazdem przez osoby, które znajdowały się w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych podobnie działających środków w tym również lekarstw posiadających przeciwwskazania do kierowania Pojazdem, jeżeli miało to wpływ na wystąpienie zdarzenia,

! powstałe w związku z kierowaniem Pojazdem przez osoby, które nie posiadały wymaganych uprawnień do kierowania Pojazdem, jeżeli miało to wpływ na wystąpienie zdarzenia,

! powstałe wskutek kradzieży, zniszczenia lub utraty dowodu rejestracyjnego.

! powstałe wskutek wad fabrycznych lub konieczności wymiany elementów w ramach kampanii serwisowych/ przywoławczych producenta, a także usterek, o których informacje producent Pojazdu przekazał do UOKiK.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Jeżeli w opisie danego świadczenia nie wskazano inaczej, ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia powstałe na terytorium Polski oraz na terytorium następujących państw: Austrii, Belgii,Białorusi, Bułgarii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Lichtensteinu, Litwy, Łotwy, Luksemburga, Macedonii, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rumunii, Rosji (tylko europejska część Rosji), San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Szwajcarii, Turcji (tylko część europejska Turcji), Ukrainy, Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- W celu skorzystania ze świadczeń przewidzianych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczony lub każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powiadomić Centrum Assistance, dzwoniąc pod całodobowy numer telefonu: **+48 22 203 79 98** i podać pracownikowi Centrum Assistance dane dotyczące Ubezpieczonego: (imię, nazwisko lub nazwa firmy, adres zamieszkania lub Siedziby firmy), Pojazdu (marka, model, nr VIN, nr rejestracyjny, data pierwszej rejestracji), miejsca oraz okoliczności wystąpienia zdarzenia niezbędne do udzielenia świadczeń w ramach niniejszego ubezpieczenia.
- W każdym przypadku powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony lub Załoga Pojazdu zobowiązani są:
  - udzielić Pilotowi przybyłemu na miejsce zdarzenia stosownych upoważnień w zakresie niezbędnym do wykonania danych świadczeń,
  - nie zlecać czynności objętych pomocą innym jednostkom organizacyjnym chyba, że Pilot nie udzieli pomocy w czasie 5 godzin od chwili zawiadomienia Centrum Assistance (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym lub Załogą Pojazdu, a Centrum Assistance),
  - wykorzystać dostępne środki w celu zmniejszenia rozmiaru szkody oraz zapobiec w miarę możliwości zwiększaniu się szkody.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

- Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
- Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Pojazdu rozpoczyna się od dnia wskazanego w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Pojazdu kończy się po upływie 1 roku od daty wskazanej w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli rezygnacja z umowy ubezpieczenia nastąpiła w ciągu pierwszych 60 dni trwania ochrony, wówczas następuje pełny zwrot składki pod warunkiem, że w tym czasie Ubezpieczony nie zgłosił ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

„Leasing Truck Assistance Max”
Ubezpieczenie **Europ Assistance**

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia „Leasing Truck Assistance Max”, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r . w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	§ 5, § 6, § 7, § 13 ust.1 – 3
2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§6, § 9, § 10, § 11, § 13 ust. 2
3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 4, § 12

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia stosuje się do Umowy Generalnej zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Europ Assistance S.A. z siedzibą w Paryżu we Francji, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, a Santander Leasing S.A., zwanymi dalej „Ubezpieczającym”.

§ 2

Wszelkie odstępstwa od postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia oraz wszelkie zawiadomienia i oświadczenia związane z Umową Ubezpieczenia muszą być sporządzone pisemnie w formie aneksu do Umowy Ubezpieczenia pod rygorem ich nieważności.

DEFINICJE
§ 3

Przez użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

1) **Akt wandalizmu** – jakiekolwiek zdarzenie polegające na rozmyślnym zniszczeniu lub uszkodzeniu Pojazdu przez osoby trzecie (osoby nie będące stronami Umowy Ubezpieczenia lub uprawnionymi z tytułu Umowy Ubezpieczenia) powodujące Unieruchomienie Pojazdu;
2) **Autoryzowana stacja obsługi** – mający swoją Siedzibę w granicach geograficznych wskazanych w § 6 ust.2 punkt obsługi i naprawy Pojazdów, właściwy dla marki ubezpieczonego Pojazdu, posiadający autoryzację producenta lub importera Pojazdów tej marki na ich serwisowanie i wykonywanie napraw;
3) **Awaria** – nagłe i niespodziewane przerwanie pracy elementu pojazdu wynikające z przyczyn wewnętrznych, pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego, pneumatycznego lub hydraulicznego, które uniemożliwia jazdę w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami obowiązującymi w kraju miejsca Awarii, a w tym:
    a) rozładowanie akumulatora,
    b) zagubienie, złamanie lub zatrzaśnięcie kluczyków lub innych przedmiotów służących do otwierania i uruchomienia Pojazdu,
    c) brak paliwa, zatankowanie niewłaściwego paliwa oraz zamarznięcie paliwa
    d) awaria oświetlenia zewnętrznego Pojazdu,
    e) awaria alarmu
    f) awaria wycieraczek
4) **Awaria ogumienia** – przebicie, pęknięcie, wybuch opony, brak powietrza w oponie, w szczególności powstałe na skutek najechania na ostre przedmioty takie jak gwoździe, ubytki w drodze czy szkło, wynikające z przyczyn innych niż wypadek, chyba że są następstwem kolizji z przedmiotami pochodzącymi z zewnątrz Pojazdu lub wybuchu gdzie nie doszło równocześnie do zderzenia ubezpieczonego Pojazdu z innym Pojazdem, uniemożliwiające kontynuację jazdy po drogach publicznych w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami ruchu drogowego obowiązującymi w danym kraju;
5) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o., uprawnione do organizacji i wykonywania świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, dyspozycyjne przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku;
6) **Europejska część Rosji** – następujące jednostki podziału administracyjnego terytorium Federacji Rosyjskiej: Okręg Centralny, Okręg Północno-Zachodni (bez Nienieckiego Okręgu Autonomicznego i Republiki Komi), Okręg Wołżański, Obwód Wołgogradzki, Obwód Rostowski, Republika Kałmucji, Obwód Astrachański, Kraj Stawropolski;
7) **Europejska część Turcji** – Tracja (obszar Turcji od strony europejskiej do Morza Marmara oraz cieśnin Bosfor i Dardanele);
8) **Korzystający –** podmiot upoważniony do korzystania z Pojazdu na podstawie umowy leasingu Pojazdu zawartej z Santander Leasing S.A.;
9) **Kradzież** – Kradzież Pojazdu lub jego części umożliwiających poruszanie się Pojazdu, w sposób bezpieczny lub zgodny z przepisami kraju miejsca Kradzieży, z wyłączeniem Kradzieży kluczyków, jak również zabór w celu krótkotrwałego użycia, czyli działanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 278-280 lub art. 289 k.k.;
10) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie drogowe powstałe w związku z ruchem pojazdu, przebywaniem w Pojeździe podczas zatrzymania lub postoju na trasie jazdy w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;

11) **Pilot** – osoba skierowana przez Centrum Alarmowe na miejsce zdarzenia;
12) **Pojazd** – zaopatrzony w polskie numery rejestracyjne i w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie starszy niż 10 lat, licząc od daty pierwszej rejestracji:
    a) samochód ciężarowy lub dostawczy dopuszczalnej masie całkowitej nie większej niż 44 tony;
    b) ciągnik siodłowy lub balastowy o dopuszczalnej masie całkowitej nie większej niż 44 tony;
    c) autobus, mikrobus (z zastrzeżeniem, że przysługują tylko świadczenia opisane w § 7 i § 8 ust.2, a w przypadku transportu Załogi Pojazdu lub zwłok, Centrum Alarmowe organizuje transport tylko dla kierowcy autobusu);
    d) przyczepa lub naczepa o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 750 kg, nie przekraczającej jednak 44 ton;
13) **Potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia, określający wybrany wariant ubezpieczenia, z którego wynika zakres przysługujących świadczeń;
14) **Siedziba Ubezpieczonego** – adres wskazany w umowie leasingu Pojazdu, jako adres firmy lub miejsce zamieszkania Ubezpieczonego, gdy jest on osobą fizyczną;
15) **Szkoda całkowita** – stan Pojazdu po Wypadku, uniemożliwiający odbudowę Pojazdu z przyczyn technicznych lub gdy przewidywane koszty naprawy Pojazdu przekraczają 70% wartości rynkowej Pojazdu w dniu szkody, według wyceny dokonanej przez zakład ubezpieczeń, z którym zawarto umowę ubezpieczenia auto-casco Pojazdu;
16) **Ubezpieczony** – Korzystający lub inny użytkownik Pojazdu wskazany przez Santander Leasing S.A., który posiada Potwierdzenie zawarcia ubezpieczenia. Na potrzeby niniejszych Warunków Ubezpieczenia przez Ubezpieczonych rozumie się również zmiennika kierowcy ubezpieczonego Pojazdu;
17) **Ubezpieczyciel -** Europ Assistance S.A., spółka akcyjna prawa francuskiego, o kapitale zakładowym w wysokości 35.402.785 Euro, działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405,
18) **Umowa leasingu –** umowa leasingu, najmu, pożyczki bądź umowa o podobnym charakterze;
19) **Unieruchomienie Pojazdu** – stan Pojazdu uniemożliwiający kontynuowanie podróży lub dalsze jego użytkowanie w sposób bezpieczny lub zgodnie z przepisami o ruchu drogowym, który powstał na skutek awarii, wypadku drogowego lub szkody całkowitej;
20) **Unieruchomienie Pojazdu na skutek warunków pogodowych i drogowych** – stan Pojazdu uniemożliwiający kontynuowanie podróży lub dalsze jego użytkowanie, który powstał na skutek warunków pogodowych i drogowych (lód na jezdni, zaklinowanie na rondzie, ostre wzniesienie, buksowanie kół itp.);
21) **Usprawnienie Pojazdu** – usunięcie na trasie podróży przyczyny uniemożliwiającej kontynuowanie podróży, jeżeli jest to możliwe;
22) **Wypadek** – zdarzenie drogowe unieruchamiające Pojazd, łącznie z kolizją, wywróceniem się Pojazdu, spadnięciem Pojazdu ze skarpy, wpadnięciem Pojazdu do rowu, wybuchem lub pożarem w Pojeździe, zatopieniem lub zalaniem, Aktem wandalizmu, włamaniem, uniemożliwiające kontynuowanie jazdy w sposób bezpieczny lub zgodnie z przepisami kraju miejsca wypadku drogowego, z wyłączeniem Kradzieży oraz Awarii.;
23) **Załoga Pojazdu** – wyznaczony przez Ubezpieczonego kierowca i zmiennik kierowcy (jeżeli występuje) ubezpieczonego Pojazdu lub Pojazdu, który w momencie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ciągnął ubezpieczoną naczepę lub przyczepę;
24) **Zdarzenie assistance** – Awaria, Wypadek, Nieszczęśliwy wypadek, Unieruchomienie Pojazdu na skutek warunków pogodowych i drogowych;
25) **Zestaw –** ciągnik siodłowy albo balastowy połączony z przyczepą lub naczepą o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 750 kg, nie większej jednak niż 44 tony;

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA
§ 4

1. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie Ubezpieczenia.
2. Do zapłaty składki zobowiązany jest wyłącznie Ubezpieczający.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
§ 5

Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie ochrony ubezpieczeniowej od ryzyka popadnięcia w trudności w czasie podróży Pojazdem wskutek wystąpienia Zdarzenia assistance objętego ochroną ubezpieczeniową.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
§ 6

Wariant Leasing Truck Assistance Max – w którym ochroną ubezpieczeniową objęte są:

a) zdarzenia polegające na Unieruchomieniu Pojazdu wskutek Awarii, Awarii ogumienia, Wypadku, Kradzieży, Aktu wandalizmu, na skutek warunków pogodowych i drogowych na terenie państw określonych w ust. 2, w przypadku których to Ubezpieczonemu lub osobie działającej w jego imieniu przysługują świadczenia określone w § 7,

b) zdarzenia polegające na uszkodzeniu ciała członka Załogi Pojazdu powstałe wskutek Wypadku Pojazdu na terytorium państw określonych w ust. 2 z wyłączeniem terytorium Polski, w przypadku których to Ubezpieczonemu lub osobie działającej w jego imieniu przysługują świadczenia określone w § 8 ust. 1,

c) inne zdarzenia, w przypadku których Ubezpieczonemu lub osobie działającej w jego imieniu przysługuje pomoc informacyjno-administracyjna określona w § 8 ust. 2 według właściwości określonej w opisie poszczególnych świadczeń.

1. Jeżeli w opisie danego świadczenia nie wskazano inaczej, ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia powstałe na terytorium Polski oraz na terytorium następujących państw: Austrii, Belgii,Białorusi, Bułgarii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Lichtensteinu, Litwy, Łotwy, Luksemburga, Macedonii, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rumunii, Rosji (tylko europejska część Rosji), San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Szwajcarii, Turcji (tylko część europejska Turcji), Ukrainy, Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.
2. Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się za pośrednictwem Centrum Alarmowego, z zastrzeżeniem postanowień § 14.
3. Świadczenia przysługujące w ramach wykupionego wariantu ubezpieczenia wskazane są w Tabeli poniżej:

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE	Leasing Truck Assistance Max / LIMITY
Suma ubezpieczenia	**2 500 EUR**
Zakres terytorialny	Europa
Usprawnienie Pojazdu na miejscu zdarzenia	+
Holowanie Pojazdu	+
Podnoszenie Pojazdu	+
Usprawnienie w razie Awarii ogumienia	+
Usprawnienie Pojazdu w razie wskutek warunków pogodowych lub drogowych	+
Organizacja innego środka transportu	+
Wykonanie dokumentacji zdjęciowej (tylko na terytorium RP)	+
Dozór ładunku (na terytorium RP)	max. 24 h

Organizacja przeładunku towaru		+
Parkowanie pojazdu na parkingu strzeżonym		300 EUR
Dostarczenie części zamiennych		+
Zwrot kosztów wynajmu pojazdu zastępczego		600 EUR
Zakwaterowanie w hotelu Załogi Pojazdu	Świadczenia zamienne	100 EUR/doba/osoba (max. 3 doby)
Transport Załogi Pojazdu do miejsca zamieszkania lub docelowego miejsca podróży (do bliższego z miejsc)		+
Odbiór Pojazdu po naprawie		+
Transport zwłok do miejsca wskazanego na terytorium RP		+
Organizacja kierowcy zastępczego		+
Informacja medyczna		+
Przekazywanie wiadomości		+
Nawigator w podróży		+
Pomoc administracyjna		+
Pomoc informacyjna		+
Tłumaczenia telefoniczne		+
Tłumaczenia formularzy		+

„+” oznacza, że świadczenie realizowane jest do wysokości kosztów poniesionych przez Centrum Alarmowe

ŚWIADCZENIA TECHNICZNE
§ 7

1. W zależności od okoliczności Unieruchomienia Pojazdu i wariantu ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
   1) **Usprawnienie Pojazdu** – w przypadku Unieruchomienia Pojazdu Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty Usprawnienia Pojazdu w miejscu jego Unieruchomienia, jeżeli istnieje możliwość Usprawnienia Pojazdu w ciągu 1 godziny. Ubezpieczyciel nie pokrywa w takim przypadku kosztów części i materiałów użytych w celu Usprawnienia;
   2) **Holowanie Pojazdu** – jeżeli w wyniku Unieruchomienia Pojazdu nie jest możliwe Usprawnienie Pojazdu w miejscu Unieruchomienia Pojazdu, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty holowania Pojazdu do wskazanego przez Ubezpieczonego miejsca, do pozostałego limitu sumy ubezpieczenia, nie dalej niż 100km;
   3) **Podnoszenie Pojazdu** – w przypadku przewrócenia Pojazdu lub osunięcia się z drogi powodującego jego trwałe Unieruchomienie Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty podniesienia lub wyciągnięcia Pojazdu na drogę;
   4) **Organizacja usprawnienia Pojazdu w razie Awarii ogumienia** – w przypadku Unieruchomienia Pojazdu na skutek Awarii ogumienia, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wymiany koła na zapasowe, a jeżeli Pojazd nie jest wyposażony w koło zapasowego to pokrywa koszty holowania Pojazdu do najbliższej wulkanizacji. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów części i zakupu nowych opon. Ze świadczenia można skorzystać maksymalnie 2 razy w roku ubezpieczeniowym;
   5) **Usprawnienie Pojazdu na skutek warunków pogodowych lub drogowych** – w przypadku Unieruchomienia Pojazdu z powodu:
      a) warunków pogodowych – lód na jezdni, śnieg, silny wiatr, gołoledź;
      b) warunków drogowych – zaklinowanie na rondzie, ostre wzniesienie, buksowanie kół;

      Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pomocy drogowej w miejscu unieruchomienia, z wyłączeniem sytuacji, gdy w miejscu unieruchomienia wymagany był specjalny sprzęt np. łańcuchy na koła (jeżeli miało to wpływ na zdarzenie), raz w roku ubezpieczeniowym do kwoty 1 000 EUR. Centrum Alarmowe nie pokrywa w takim przypadku kosztów części i materiałów użytych w celu usprawnienia Pojazdu;
   6) **Wykonanie dokumentacji zdjęciowej szkody** – w przypadku zaistnienia Wypadku, Kradzieży lub Aktu wandalizmu powodującego Unieruchomienie Pojazdu na terytorium Polski Centrum Alarmowe sporządza dokumentację fotograficzną uszkodzeń Pojazdu oraz miejsca zaistnienia zdarzenia, którą na życzenie Ubezpieczonego przesyła Ubezpieczonemu pocztą elektroniczną;
   7) **Dozór ładunku** – jeżeli w wyniku unieruchomienia Pojazdu na terytorium Polski nie jest możliwe Usprawnienie Pojazdu w miejscu unieruchomienia Pojazdu oraz nie jest możliwe holowanie Pojazdu w ciągu 5 godzin od momentu powiadomienia o zdarzeniu Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dozoru ładunku do limitu wskazanego w Tabeli w § 6 ust.4.;
   8) **Organizacja przeładunku Pojazdu** – jeżeli w wyniku Unieruchomienia Pojazdu nie jest możliwe przewożenie towaru uszkodzoną naczepą lub przyczepą Centrum Alarmowe organizuje przeładunek towaru na inny środek transportu dostarczony przez Ubezpieczonego. Koszt przeładunku zorganizowanego przez Centrum Alarmowe pokrywa Ubezpieczony i Centrum Alarmowe nie odpowiada za szkody wynikłe w trakcie przeładunku;
   9) **Parkowanie Pojazdu** – jeżeli zachodzi potrzeba przechowania Pojazdu na dozorowanym parkingu płatnym, Centrum alarmowe organizuje i pokrywa koszty parkowania Pojazdu na maksymalnie 3 doby do wysokości 300 EUR
   10) **Dostarczenie części zamiennych** – świadczenie realizowane jest wyłącznie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w przypadku Unieruchomienia Pojazdu w następstwie Zdarzenia Assistance, gdy, gdy naprawa Pojazdu trwa dłużej niż 5 dni roboczych, a części zamienne niezbędne do funkcjonowania Pojazdu oraz konieczne do jego naprawy nie są dostępne w Autoryzowanej stacji obsługi danej marki. Centrum Alarmowe składa zamówienie, dostarcza części pod wskazany adres oraz pokrywa koszty przesyłki części. Koszty zakupu części zamiennych obciążają Ubezpieczonego;
   11) **Zwrot kosztów wynajmu pojazdu zastępczego** – jeżeli w wyniku Wypadku Pojazd musi być naprawiany powyżej 3 dni roboczych, Centrum Alarmowe zwraca koszty wynajęcia pojazdu zastępczego. Warunkiem jest zgłoszenie do Centrum Alarmowego roszczenia przed podjęciem czynności organizacyjnych. Zwrot kosztów pojazdu zastępczego może być zwrócony maksymalnie do wysokości 600 EUR w trakcie trwania 12 miesięcznego okresu ochrony.;

       Jeżeli w wyniku Unieruchomienia Pojazdu, na skutek Zdarzenia assistance, Pojazd został odholowany przez Pilota i nie zostanie naprawiony w dniu zajścia Zdarzenia assistance lub w

przypadku Kradzieży – gdy Pojazd nie zostanie odnaleziony, Ubezpieczonemu przysługuje jedno ze świadczeń opisanych w § 7 pkt. 12 – 13 oraz świadczenie dodatkowe opisane w pkt. 14,

12) **Zakwaterowanie w hotelu Załogi Pojazdu** – jeżeli Pojazd nie może być naprawiony w ciągu 24h od momentu zgłoszenia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do Centrum Alarmowego, a odległość z miejsca zdarzenia do Siedziby Ubezpieczonego przekracza 50 km Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania (ze śniadaniem) Załogi Pojazdu w hotelu trzygwiazdkowym (w zależności od lokalnych możliwości), na okres nieprzekraczający faktycznego czasu naprawy Pojazdu, do limitu wskazanego w Tabeli w § 6 ust.4, wraz z transportem do hotelu; świadczenie zakwaterowania w hotelu nie obejmuje innych wydatków poniesionych przez Załogę Pojazdu związanych z pobytem w hotelu, jak np. wydatki na telefon, dodatkowe wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel;
13) **Transport Załogi Pojazdu** – jeżeli Pojazd nie może być naprawiony w ciągu 24h od momentu zgłoszenia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do Centrum Alarmowego, a zdarzenie miało miejsce ponad 100 km od Siedziby Ubezpieczonego Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dalszego transportu Załogi Pojazdu do Siedziby Ubezpieczonego lub do miejsca docelowego podróży (pod warunkiem, że nie znajduje się w dalszej odległości od miejsca zdarzenia niż Siedziba Ubezpieczonego), pociągiem I klasy lub samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli odległość z miejsca Unieruchomienia Pojazdu do miejsca docelowego przekracza 1000 km);
14) **Odbiór Pojazdu po naprawie** – jeżeli zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową miało miejsce powyżej 100 km od Siedziby Ubezpieczonego, a Pojazd nie może być naprawiony w ciągu 24h od momentu zgłoszenia zdarzenia do Centrum Alarmowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu jednej osoby w jedną stronę pociągiem I klasy do miejsca gdzie Pojazd został naprawiony, w celu jego odebrania (wraz z transportem do i z dworca kolejowego); jeżeli podróż przekracza dystans 1000 km, wówczas transport odbywa się samolotem w klasie ekonomicznej;

2. W przypadku Unieruchomienia zestawu, w którym ubezpieczona jest wyłącznie jedna jego część (ciągnik siodłowy albo naczepa/przyczepa), pomoc assistance, o ile niniejsze Warunki Ubezpieczenia nie stanowią inaczej, przysługuje wyłącznie ubezpieczonej części zestawu. W takiej sytuacji nie ubezpieczonej części zestawu zostaje udzielona pomoc polegająca na podniesieniu (jeżeli jest wymagane) i holowaniu nieubezpieczonej części na najbliższy parking. W przypadku konieczności organizowania innych świadczeń dla nieubezpieczonej części, Centrum Alarmowe na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje pomoc odpłatną na warunkach ustalonych pomiędzy Centrum Alarmowym i Ubezpieczonym.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE ORAZ INFORMACYJNO-ADMINISTRACYJNE
§ 8

1. W razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, w wyniku którego którykolwiek z członków Załogi Pojazdu doznał uszkodzenia ciała, na wniosek Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu Ubezpieczyciel organizuje następujące świadczenia:
   1) **Transport zwłok** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu zwłok zmarłego członka załogi do Polski lub kraju stałego pobytu w przypadku, gdy zmarł on w trakcie podróży poza granicami Polski oraz kraju stałego pobytu;
   2) **Informacja medyczna** – lekarz Centrum Alarmowego udziela telefonicznej informacji odnośnie sposobu dalszego postępowania w razie zaistnienia nieszczęśliwego Wypadku;
   3) **Organizacja kierowcy zastępczego** – jeżeli z racji wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub z racji nieszczęśliwego Wypadku każdy z członków Załogi Pojazdu nie może prowadzić Pojazdu przez okres co najmniej 7 dni od momentu zajścia zdarzenia, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty podróży kierowcy wskazanego przez Ubezpieczonego pociągiem I klasy lub autobusem (lub samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli odległość z miejsca Unieruchomienia Pojazdu do miejsca docelowego przekracza 1000 km) z terytorium Polski do miejsca postoju Pojazdu; w celu realizacji świadczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Centrum Alarmowemu pisemne potwierdzenie niezdolności członków Załogi do prowadzenia Pojazdu wydane przez lekarza prowadzącego;
2. W ramach pomocy informacyjno-administracyjnej na życzenie Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu Centrum Alarmowe organizuje następujące świadczenia:
   1) **Przekazywanie wiadomości** – Centrum Alarmowe przekazuje osobie wskazanej przez Ubezpieczonego informacje związane z zaistniałym Zdarzeniem assistance;

2) **„Nawigator w podróży”** – Centrum Alarmowe udziela telefonicznych informacji o rekomendowanych trasach drogowych pomiędzy określonymi punktami na terenie Europy wraz ze szczegółowym opisem przebiegu trasy;
3) **Pomoc administracyjna** – w razie braku dokumentów niezbędnych do kontynuowania podróży (listy przewozowe, polisy ubezpieczeniowe, dokumenty Pojazdu lub Załogi Pojazdu) Centrum Alarmowe organizuje dostarczenie wskazanych dokumentów Załodze Pojazdu, z zastrzeżeniem, że koszt dostarczenia dokumentów ponosi Ubezpieczony lub Załoga Pojazdu;
4) **Pomoc informacyjna** – Centrum Alarmowe udziela telefonicznych informacji na temat:
   a) sytuacji na drogowych przejściach granicznych pomiędzy Polską, a krajami sąsiednimi;
   b) lokalizacji stacji obsługi na terenie Polski;
   c) lokalizacji szpitali, aptek, hoteli, moteli, stacji paliw na terenie Europy;
   d) najszybszych i najkrótszych połączeń drogowych na terenie Europy;
   e) przekazywania pilnej wiadomości związanej z zaistniałym zdarzeniem osobie wskazanej przez kierowcę Pojazdu;
5) **Tłumaczenia telefoniczne** – w razie podróży poza granicami Polski Centrum Alarmowe udziela Załodze Pojazdu telefonicznej pomocy w rozmowach z policją, służbami granicznymi, ośrodkami medycznymi, związanych z zaistniałym zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową;
6) **Tłumaczenia formularzy** – w razie podróży poza granicami Polski Centrum Alarmowe przetłumaczy drobne (max. 2 strony tekstu) formularze z języka angielskiego, związane z zaistniałym zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową;

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
Wyłączenia dotyczące świadczeń związanych z Unieruchomieniem lub Kradzieżą Pojazdu
§ 9

1. Ochroną ubezpieczeniową nie może być objęty Pojazd, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej liczony od daty jego pierwszej rejestracji, przekroczył 9 lat.
2. Świadczenia określone w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia nie przysługują, jeżeli unieruchomienie Pojazdu bądź kradzież były następstwem:
   a. działań wojennych, stanu wyjątkowego, zamieszek, powstań, strajków, i innych sytuacji ograniczających swobodę ruchu osób i towarów,
   b. obowiązku udostępnienia Pojazdu na rzecz wojska,
   c. aktów terroryzmu lub akcji odwetowych,
   d. działania energii jądrowej w skali masowej,
   e. umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub Załogi Pojazdu.
   f. niezastosowania się do znaków drogowych informujących o konieczności użycia sprzętu specjalistycznego w przypadku trudnych warunków pogodowych np. łańcuchy na koła;
3. Ponadto Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia assistance:
   a. powstałe w następstwie użytkowania Pojazdu niezgodnie z jego przeznaczeniem, w szczególności powstałe podczas udziału Pojazdu w rajdach, konkursach, wyścigach, testach lub przygotowań do nich,
   b. powstałe wskutek przekroczenia dopuszczalnego nacisku na osie i obciążenia pojazdu przyczepą o masie większej niż dopuszczalna przez producenta pojazdu,
   c. będące wynikiem Awarii, wynikających z nieprzeprowadzonej naprawy Pojazdu po interwencji Centrum Alarmowego,
   d. powstałe w związku z kierowaniem Pojazdem przez osoby, które znajdowały się w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych podobnie działających środków w tym również lekarstw posiadających przeciwwskazania do kierowania Pojazdem, jeżeli miało to wpływ na wystąpienie zdarzenia,
   e. powstałe w związku z kierowaniem Pojazdem przez osoby, które nie posiadały wymaganych uprawnień do kierowania Pojazdem, jeżeli miało to wpływ na wystąpienie zdarzenia,
   f. powstałe wskutek kradzieży, zniszczenia lub utraty dowodu rejestracyjnego.
   g. powstałe wskutek wad fabrycznych lub konieczności wymiany elementów w ramach kampanii serwisowych/ przywoławczych producenta, a także usterek, o których informacje producent Pojazdu przekazał do UOKiK
4. Ubezpieczeniem nie są objęte:
   a. pojazdy używane do transportu towarów niebezpiecznych, w tym w szczególności paliw, substancji toksycznych czy wybuchowych, zgodnie z ustawą o przewozie towarów niebezpiecznych Dz.U. 2011 nr 227 poz. 1367

   b. pojazdy specjalne (nie służące do przewozu osób i towarów) przeznaczone do wykonywania specjalnej funkcji, która powoduje konieczność dostosowania nadwozia lub posiadania specjalnego wyposażenia, np. dźwig, pogotowie techniczne, pojazd asenizacyjny, śmieciarka, polewaczka, pojazdy straży pożarnej, itp.
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa oczekiwania na części zamienne lub inne roszczenia Ubezpieczonego z tym związane.
6. Zobowiązania Ubezpieczyciela nie obejmują kosztów napraw wykonywanych przez autoryzowane i nieautoryzowane stacje obsługi.
7. Czas trwania wszelkich dodatkowych czynności serwisowych (jak np. okresowy przegląd Pojazdu, drobne naprawy lub regulacje), poza niezbędnymi naprawami będącymi następstwem zdarzeń assistance uprawniających do korzystania ze świadczeń assistance nie stanowi czasu naprawy uszkodzonego Pojazdu w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel nie odpowiada za kradzież, uszkodzenie lub zniszczenie bagażu, rzeczy osobistych i przedmiotów pozostawionych w pojeździe na czas holowania.

WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH
§ 10

1. Świadczenia, o których mowa w § 8 ust. 1, nie przysługują poszkodowanemu członkowi Załogi, w stosunku do którego istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia podróży Pojazdem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy Wypadek zaszedł w związku z:
   1) usiłowaniem lub popełnieniem przez poszkodowanego członka Załogi przestępstwa lub samobójstwa,
   2) umyślnym działaniem poszkodowanego członka Załogi,
   3) zaburzeniami psychicznymi poszkodowanego członka Załogi,
   4) prowadzeniem przez poszkodowanego członka Załogi Pojazdu mechanicznego bez wymaganych prawem danego kraju uprawnień, względnie w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
   5) działaniami wojennymi, stanem wyjątkowym i akcjami terrorystycznymi,
   6) zamieszkami i rozruchami.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje także strat materialnych z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy należących do Ubezpieczonego lub Załogi Pojazdu, związanych z nieszczęśliwym Wypadkiem.

SUMY UBEZPIECZENIA
§ 11

1. Suma ubezpieczenia zostaje ustalona w EURO, w kwocie nieprzekraczającej równowartości:
   1) **2 500 euro** dla jednego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową polegającego na Unieruchomieniu Pojazdu – dotyczy świadczeń określonych w § 7,
   2) **3 000 euro** dla jednego zdarzenia polegającego na uszkodzeniu ciała członka Załogi Pojazdu powstałego wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dotyczy świadczeń określonych w § 8 ust 1.

2. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1, stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Kwoty wskazane w ust. 1 są przeliczane na walutę kraju, w którym realizowane jest świadczenie, według średniego kursu walut określonego przez NBP na dzień ustalania odszkodowania.

CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
§ 12

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Pojazdu rozpoczyna się od dnia wskazanego w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Pojazdu kończy się po upływie 1 roku od daty wskazanej w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ – OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO I CENTRUM ASSISTANCE
§ 13

1. W celu skorzystania ze świadczeń przewidzianych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczony lub każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powiadomić Centrum Alarmowe, dzwoniąc pod całodobowy numer telefonu Leasing Truck Assistance Max: **+48 (22) 203 79 98** i podać pracownikowi Centrum Alarmowego dane dotyczące Ubezpieczonego: (imię, nazwisko lub nazwa firmy, adres zamieszkania lub Siedziby firmy), Pojazdu (marka, model, nr VIN, nr rejestracyjny, data pierwszej rejestracji), miejsca oraz okoliczności wystąpienia zdarzenia niezbędne do udzielenia świadczeń w ramach niniejszego ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenia wymienione w § 7 oraz § 8 jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej albo na skutek rażącego niedbalstwa nie zawiadomił niezwłocznie Centrum Alarmowego o zdarzeniu ubezpieczeniowym, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
3. Na wniosek Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu Centrum Alarmowe oddzwoni do osoby zgłaszającej wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku, gdy podane telefonicznie dane są w całości lub w części niezgodne z informacjami posiadanymi przez Centrum Alarmowe, mogące nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego lub Załogi Pojazdu do korzystania ze świadczeń w ramach niniejszego ubezpieczenia, Ubezpieczony lub Załoga Pojazdu na żądanie pracownika Centrum Alarmowego zobowiązany jest okazać Pilotowi przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Pojazdu.
5. Po wykonaniu czynności, o których mowa w ust. 1 Centrum Alarmowe skieruje Pilota na miejsce zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. W każdym przypadku powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony lub Załoga Pojazdu zobowiązani są:
   1) udzielić Pilotowi przybyłemu na miejsce zdarzenia stosownych upoważnień w zakresie niezbędnym do wykonania danych świadczeń,
   2) nie zlecać czynności objętych pomocą innym jednostkom organizacyjnym chyba, że Pilot nie udzieli pomocy w czasie 5 godzin od chwili zawiadomienia Centrum Alarmowe (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym lub Załogą Pojazdu, a Centrum Alarmowe),
   3) wykorzystać dostępne środki w celu zmniejszenia rozmiaru szkody oraz zapobiec w miarę możliwości zwiększaniu się szkody.
7. W przypadku, gdy Pilot nie udzieli pomocy w czasie 5 godzin od chwili zawiadomienia Centrum Alarmowego, Ubezpieczony jest uprawniony do zorganizowania uzgodnionych z Centrum Alarmowym świadczeń assistance jak w § 7 i § 8 we własnym zakresie i zobowiązany do ich udokumentowania rachunkami bądź fakturami.
8. Centrum Alarmowe dokona zwrotu uzasadnionych kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 7, w terminie do 30 dni od przedłożenia przez Ubezpieczonego rachunków lub faktur.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATA ODSZKODOWANIA
§ 14

1. Jeżeli świadczenia assistance wynikające z niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie zostały opłacone bezpośrednio przez Centrum Alarmowe, a z okoliczności sprawy wynika, że z przyczyn obiektywnych Ubezpieczony nie był w stanie zgłosić do Centrum Alarmowego zaistnienia Zdarzenia w momencie jego zajścia, Centrum Alarmowe dokona w uzasadnionych przypadkach refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów.
2. Wnioski o refundację kosztów, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Europ Assistance w Polsce pod adresem:

   Zespół ds. Likwidacji Szkód
   Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
   ul. Wołoska 5, budynek TAURUS
   02-675 Warszawa
   refundacje@europ-assistance.pl
3. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację i dokonuje jej w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku o refundację kosztów.

4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część refundacji Centrum Alarmowe wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

REKLAMACJE
§ 15

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel et de resolution z siedzibą w Paryżu.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
   a) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
   b) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 203 79 98 albo osobiście),
   c) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: quality@europ-assistance.pl)
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację .
6. Językiem stosownym przy wzajemnych relacjach pomiędzy Ubezpieczonym i Ubezpieczycielem jest język polski.
7. Wprowadzenie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od niniejszych Warunków Ubezpieczenia wymaga formy pisemnej i przyjęcia tych postanowień przez obie strony umowy pod rygorem nieważności. Różnicę pomiędzy treścią Umowy ubezpieczenia a Warunkami Ubezpieczenia Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego.
8. 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 postepowań 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. albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny) o pozasądowym rozwiazywaniu sporów konsumenckich, a także korzystać z pomocy Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

ROSZCZENIA REGRESOWE
§ 16

1. Z dniem, w którym Ubezpieczyciel dokona refundacji poniesionych kosztów, roszczenie do osoby odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconej kwoty.
2. Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego do osób najbliższych oraz za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność.
4. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć o kwotę na jaką Ubezpieczony zrzekł się roszczenia. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 17

1. Spory wynikające z niniejszej Umowy Ubezpieczenia mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub Siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczającego lub spadkobiercy Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia lub klauzulami umownymi stosuje się przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 01 października 2018 roku.

WARUNKI UBEZPIECZENIA ASYSTENT KIEROWCY

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Spółka: Europ Assistance S.A. **Produkt: Asystent Kierowcy**

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach w szczególności w Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Asystent Kierowcy" Ubezpieczenie Europ Assistance z dnia 15.04.2020 roku.

Jakiego rodzaju jest ubezpieczenie?

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oferowany produkt to ubezpieczenie z Działu II ubezpieczeń Osobowych, z grupy 18.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia:

✓ **Asysta Prawna** jest organizacja i pokrywanie przez EUROP ASSISTANCE kosztów następujących usług i świadczeń, które zapewnią Ubezpieczonemu dostęp do informacji prawnej w razie zaistnienia potrzeby jej uzyskania w trakcie odbywania podróży zagranicznej, **bez limitu**, w zakresie:

- Telefoniczna informacja prawna dotyczącą zagadnień z zakresu prawa: cywilnego, administracyjnego, pracy, przewozowego, o ruchu drogowym, karnego oraz w sprawach o wykroczenia;
- Telefoniczna informacja prawna dotycząca zagadnień z zakresu prawa gospodarczego: ustawa Prawo Przedsiębiorców, ustawa o Krajowym Rejestrze Sądowym, kodeks spółek handlowych, prawo upadłościowe i naprawcze;
- Przesyłanie drogą elektroniczną aktualnych aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, uchwał z prawa polskiego);
- Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów umów cywilnoprawnych: sprzedaży, najmu i dzierżawy, pożyczki, darowizny, o pracę, o dzieło, zlecenie;
- Przesyłanie drogą elektroniczną informacji o kosztach postępowań prawnie regulowanych;
- Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów pism procesowych, ze wskazanie elementów niezbędnych danego rodzaju pisma;
- Udzielanie informacji teleadresowych dotyczących: biur podatkowych, sądów, prokuratur, kancelarii adwokackich oraz kancelarii radcowskich.

✓ **Ubezpieczenie pomoc w podróży (suma ubezpieczenia 100 000 PLN)**

- Koszty leczenia;
- Pomoc assistance;
- Ubezpieczenie Bagażu podróżnego;
- Ryzyko wykonywania Pracy fizycznej;

✓ **Rehabilitacja (suma ubezpieczenia 5 000 PLN)**

- Wizyta u lekarza ortopedy
- Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji
- Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno–rehabilitacyjnego
- Dostawa drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego
- Wizyta pielęgniarki
- Transport medyczny
- Dostawa artykułów spożywczych
- Pomoc domowa
- Opieka nad zwierzętami domowymi (psami I kotami)
- Infolinia rehabilitacyjna

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczeniem nie są objęte:

W przypadku Asysty Prawnej

× jeżeli zgłoszenie dotyczy spraw zaistniałych poza okresem trwania ochrony ubezpieczeniowej,

× jeżeli zgłoszenie wykracza poza przepisy prawa polskiego, z zastrzeżeniem § 6 ust.2 OWU,

× jeżeli zgłoszenie dotyczy relacji między Ubezpieczonym a EUROP ASSISTANCE, Santander Leasing sp. z o. o; Aon Polska sp. z o. o; Aon Services sp. z o .o.

× za brak możliwości uzyskania lub za opóźnienie udzielenia informacji prawnej, jeżeli jest to spowodowane siłą wyższą, strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażem, wojną, wojną domową lub skutkami kosztów, opłat i honorariów związanych z prowadzeniem prowadzenia jakichkolwiek postępowań prawnie regulowanych,

× kosztów pomocy prawnej w związku z prowadzeniem pozasądowych sporów prawnych lub świadczeniem pomocy prawnej,

× kar, grzywien, odszkodowań oraz innych opłat, do poniesienia których Ubezpieczony jest zobowiązany;

× kosztów samodzielnie poniesionych przez Ubezpieczonego z pominięciem EUROP ASSISTANCE w celu uzyskania informacji prawnych, o których mowa w § 6 ust. 1 i 2 OWU,

W przypadku Kosztów leczenia

× promieniowania radioaktywnego,

× leczenia przekraczającego zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia umożliwiającego powrót lub transport do Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju zamieszkania;

× przeprowadzenia badań zbędnych, w ocenie lekarza prowadzącego, do rozpoznania lub leczenia choroby, badań kontrolnych oraz uzyskania zaświadczeń lekarskich i wykonywania szczepień profilaktycznych;

× szkód powstałych w związku z planowanym leczeniem oraz powikłań związanych z tym leczeniem;

× leczenia psychoanalitycznego lub psychoterapeutycznego;

× leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień;

× operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;

× leczenia zaburzeń psychicznych, depresji, wad wrodzonych, chorób przenoszonych drogą płciową i AIDS, nawet gdy nie były wcześniej leczone;

× lekarstw nabywanych przez Ubezpieczonego bez zalecenia lekarza;

× masaży i kąpieli, inhalacji, gimnastyki leczniczej, naświetlań, zabiegów medycyny niekonwencjonalnej (nawet gdy którykolwiek z tych środków był zalecony przez lekarza) oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub fizykoterapeutycznych;

× pierwotnej rekonstrukcji aparatu więzadłowego kolana;

× korzystania podczas pobytu w szpitalu z usług innych niż świadczenia zdrowotne i szpitalne, w szczególności: pojedynczego pokoju, używania odbiorników radiowych, telewizyjnych, telefonu, z

usług fryzjerskich lub kosmetycznych, dodatkowego wyżywienia.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Okres ubezpieczenia wynosi 365 dni, z zastrzeżeniem, że jednorazowa podróż zagraniczna nie może trwać dłużej niż 60 dni.
Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia assistance:
W przypadku Rehabilitacji:

! świadczeń realizowanych poza terytorium RP,
! kosztów leków, środków opatrunkowych.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia zaistniałe na terytorium Europy i obejmuje następujące państwa: Albania, Andora, Armenia, Austria, Białoruś, Belgia, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czarnogóra, Republika Czeska, Dania, Estonia, Finlandia, Francja (wraz z Korsyką), Niemcy, Gibraltar, Grecja, Węgry, Islandia, Irlandia, Łotwa, Liechtenstein, Litwa, Luksemburg, Macedonia, Malta, Mołdawia, Monako, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Europejska część Rosji, San Marino, Serbia (wraz z Kosowem), Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Turcja, Ukraina, Wielka Brytania, Watykan, Włochy oraz kraje basenu Morza Śródziemnego: Egipt, Izrael, Liban, Libia, Maroko, Tunezja, z wyłączeniem Polski;
✓ **W przypadku Rehabilitacji -** na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

– W razie zaistnienia potrzeby skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem **Asysta Prawna**, Ubezpieczony może dokonać zgłoszenia do Centrum Alarmowego kontaktując się pod dostępnym całodobowo dedykowanym numerem telefonu: **+48 22 203 79 98**
– W przypadku zaistnienia potrzeby skorzystania z ubezpieczenia Asysta Prawna, Ubezpieczony powinien zgłosić się pod numerem telefonu lub wysłać wiadomość na adres e-mail: travel@europ-assistance.pl.
– Świadczenia wymienione w §6 ust. 1,2 będą dostępne i realizowane w godzinach 9:00 – 17:00 od poniedziałku do piątku, a w sprawach pilnych również w godzinach 17:00 – 9:00 oraz w dni wolne od pracy.
– Ubezpieczony powinien podać w trakcie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego następującego informacje:
  – imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  – numer polisy, albo nr. rejestracyjny
  – opis zdarzenia ubezpieczeniowego,
  – rodzaj żądanej pomocy,
  – numer telefonu celem kontaktu zwrotnego lub adres mailowy, na który mają być przesłane informacje.
– W przypadku pozostałych zdarzeń przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 98** dostępnym z telefonów stacjonarnych, komórkowych i z zagranicy, przy zgłoszeniu szkody Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
  – numer polisy lub numer rejestracyjny,
  – imię i nazwisko,
  – krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
  – numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
  – inne informacje niezbędne konsultantowi Centrum Alarmowego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

– Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, za okres, w którym EUROP ASSISTANCE udziela ochrony ubezpieczeniowej.
– Składka ubezpieczeniowa wyrażona jest w złotych polskich. Jej wysokość podana jest w dokumencie ubezpieczenia
– Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.
– Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka jest płatna jednorazowo w polskich złotych.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

– Z zastrzeżeniem ust.2 poniżej niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa EUROP ASSISTANCE rozpoczyna się w momencie przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej przy wyjeździe nie wcześniej niż w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, kończy się natomiast w momencie przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej przy powrocie, nie później jednak niż o godzinie 24:00 w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
– Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z Asysty prawnej na terenie Rzeczpospolitej Polskiej oraz przy wyjeździe zagranicznym.
– Ochrona ubezpieczeniowa dla jednej podróży zagranicznej trwa nie dłużej niż 60 dni. W przypadku podróży zagranicznej przekraczającej 60 dni, okres ochrony wygasa najpóźniej o godzinie 24:00 60-tego dnia podróży zagranicznej;

Jak rozwiązać umowę?

Odpowiedzialność EUROP ASSISTANCE z oprócz wyżej wymienionych punktów kończy się:
– w momencie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia;
– z dniem otrzymania przez EUROP ASSISTANCE oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia; .

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

ASYSTENT KIEROWCY

UBEZPIECZENIE EUROP ASSISTANCE

Spis treści

CZĘŚĆ I – POSTANOWIENIA WSTĘPNE 4

§ 1 – POSTANOWIENIA OGÓLNE 4

§ 2 – DEFINICJE 6

§ 3 – ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 7

§ 4 – OKRES UBEZPIECZENIA. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ 7

§ 5 – SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA 7

CZĘŚĆ II – UBEZPIECZENIE ASYSTA PRAWNA 7

§ 6 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA ASYSTA PRAWNA 7

§ 7 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE ASYSTA PRAWNA 8

§ 8 – SUMA UBEZPIECZENIA 8

§ 9 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA 8

CZĘŚĆ III – UBEZPIECZENIE POMOC W PODRÓŻY 9

§ 10 – ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA 9

CZĘŚĆ IV – KOSZTY LECZENIA I POMOC ASSISTANCE 9

§ 11 – UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA 9

§ 12 – POMOC ASSISTANCE 9

§ 13 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE KOSZTÓW LECZENIA ORAZ POMOCY ASSISTANCE 10

§ 14 – SUMA UBEZPIECZENIA 11

§ 15 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA 11

§ 16 – REFUNDACJE 11

CZĘŚC V – UBEZPIECZENIE BAGAŻU PODRÓŻNEGO 12

§ 17 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA 12

§ 18 – SUMA UBEZPIECZENIA 12

§ 19 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 12

§ 20 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA 13

§ 21 – USTALENIE WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA 13

CZĘŚĆ VI – REHABILITACJA 13

§ 22 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA 13

§ 23 – ŚWIADCZENIA REHABILITACJI 13

§ 24 – SUMA UBEZPIECZENIA 14

§ 25 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 14
§ 26 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA 14
CZĘŚĆ VII – POSTANOWIENIA WSPÓLNE 15
§ 27 – USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ 15
CZĘŚĆ VIII – REKLAMACJE 15
§ 28 – POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE 15
CZĘŚĆ IX– POSTANOWIENIA KOŃCOWE 15
§ 29 – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH 15
§ 30 – POSTANOWIENIA KOŃCOWE 16

Skorowidz najważniejszych informacji do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „**ASYSTENT KIEROWCY**” dla klientów Europ Assistance S.A., zgodnie z rozporządzeniem ministra finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. W sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	§ 3, § 5, § 6, § 11, § 12, § 17, § 18, § 23 § 27
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§ 3, § 5, § 7, § 8, § 13, § 14, § 19, § 20, § 24, § 25

CZĘŚĆ I – POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1 – POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „**ASYSTENT KIEROWCY**”, zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia (zwanej dalej „umową” lub „umowami”), zawartej pomiędzy Europ Assistance S.A., zarejestrowany w rejestrze handlu i spółek Nanterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers reprezentowaną przez Europ Assistance Irish Branch z siedzibą w Dublinie, 4th Floor, 4-8 Eden Quay, Dublin 1, Irlandia, zarejestrowany w Urzędzie Rejestrowym pod nr 907 089 (zwanym dalej „EUROP ASSISTANCE”) a Santander Leasing S.A., zwaną dalej „Ubezpieczającym”.
2. Ubezpieczonym w Umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU jest pojazd, Kierowca oraz Osoba zmieniająca.
3. Infolinia Europ Assistance Polska jest dostępna całodobowo pod numerem telefonu: **+48 22 203 79 98**;
4. Zakres językowy obejmuje rozmowy w języku polskim i angielskim. Konsultanci Europ Assistance w miarę możliwości udzielą informacji w innych językach (Ukraiński, Niemiecki, Hiszpański, Francuski, Włoski).
5. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
6. Umowa ubezpieczenia obejmuje zakresem trzy produkty:
   a) Roczne ubezpieczenie – **Asysta Prawna** z zakresem jak poniżej:

	ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA	SUMY UBEZPIECZENIA / LIMITY NA ŚWIADCZENIA
1	**UBEZPIECZENIE ASYSTA PRAWNA**	
	Telefoniczna informacja prawna dotyczącą zagadnień z zakresu prawa: cywilnego, administracyjnego, pracy, przewozowego, o ruchu drogowym, karnego oraz w sprawach o wykroczenia;	Bez limitu
	Telefoniczna informacja prawna dotycząca zagadnień z zakresu prawa gospodarczego: ustawa Prawo Przedsiębiorców, ustawa o Krajowym Rejestrze Sądowym, kodeks spółek handlowych, prawo upadłościowe i naprawcze;	Bez limitu
	Przesyłanie drogą elektroniczną aktualnych aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, uchwał);	Bez limitu
	Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów umów cywilnoprawnych: sprzedaży, najmu i dzierżawy, pożyczki, darowizny, o pracę, o dzieło, zlecenie;	Bez limitu
	Przesyłanie drogą elektroniczną informacji o kosztach postępowań prawnie regulowanych;	Bez limitu
	Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów pism procesowych, ze wskazanie elementów niezbędnych danego rodzaju pisma;	Bez limitu
	Udzielanie informacji teleadresowych dotyczących: biur podatkowych, sądów, prokuratur, kancelarii adwokackich oraz kancelarii radcowskich.	Bez limitu

   b) Roczne ubezpieczenie turystyczne – Pomoc w Podróży z zakresem jak poniżej:

	ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA	SUMY UBEZPIECZENIA / LIMITY NA ŚWIADCZENIA
1	**UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA ORAZ POMOCY ASSISTANCE (SYMBOL KLiPA)**	
	Suma ubezpieczenia	**100 000 PLN**
	Badania i zabiegi ambulatoryjne	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Konsultacje lekarskie	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Wizyta lekarza w miejscu zakwaterowania	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Zakup płynów infuzyjnych, lekarstw i środków opatrunkowych	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Transport medyczny	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Hospitalizacja Ubezpieczonego, w tym leczenie szpitalne, badania, zabiegi i operacje	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Honoraria lekarskie	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA

	Naprawa protez	1 000 PLN
	Leczenie stomatologiczne	1 000 PLN
	Poród przed 32 tygodniem ciąży	10 000 PLN
	Jedna wizyta lekarska związana z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia w związku z ciążą	500 PLN
	Transport Ubezpieczonego do Polski lub kraju zamieszkania	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Transport zwłok	Do wysokości sumy ubezpieczenia KLiPA
	Poszukiwanie oraz ratownictwo w górach lub na morzu	10 000 PLN
	Podróż i pobyt osoby wezwanej do towarzyszenia	5 000 PLN
	Rekonwalescencja	500 PLN za dzień / max. 7 dni
	Pomoc tłumacza	5 000 PLN
	Wpłata w poczet kaucji	Organizacja
	Pomoc finansowa w przypadku utraty gotówki pobranej z bankomatu	300 PLN
	Dosłanie niezbędnych przedmiotów osobistych	1 000 PLN
	Organizacja na terenie Polski kontynuacji leczenia rozpoczętego za granicą	Organizacja
	Wcześniejszy powrót Ubezpieczonego do Polski	2 500 PLN
	Przekazywanie wiadomości	Bez limitu
	Infolinia podróżna	Bez limitu

c) Roczne ubezpieczenie – **REHABILITACJA** z zakresem jak poniżej:

	ZAKRES UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA	**SUMY UBEZPIECZENIA / LIMITY NA ŚWIADCZENIA**
1	**UBEZPIECZENIE REHABILITACJA**	
	Suma ubezpieczenia	**5 000 PLN**
	Wizyta u lekarza ortopedy	3 x 500 PLN
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	Do wysokości sumy ubezpieczenia UPM
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno–rehabilitacyjnego	2 razy
	Dostawa drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 razy
	Wizyta pielęgniarki	2 razy
	Transport medyczny	2 razy
	Dostawa artykułów spożywczych	2 razy
	Pomoc domowa	2 razy
	Opieka nad zwierzętami domowymi (psami I kotami)	48 h

	Infolinia rehabilitacyjna	Bez limitu

§ 2 – DEFINICJE

W rozumieniu niniejszych OWU poniższe określenia mają następujące znaczenie:

1) **Akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
2) **Akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
3) **Artykuły pierwszej potrzeby** – artykuły spożywcze, napoje bezalkoholowe, podstawowa odzież oraz przybory toaletowe na wyłączny użytek Ubezpieczonego;
4) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez EUROP ASSISTANCE, dostępna całodobowo pod numerem telefonu:
+48 22 203 79 98;
5) **Choroba przewlekła** – choroby lub problemy zdrowotne wymienione w aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych zdiagnozowane u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, które były leczone stale lub okresowo lub były przyczyną Hospitalizacji Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Do chorób przewlekłych zalicza się również alergie z wyłączeniem sytuacji gdy reakcja alergiczna wystąpiła nagle i jej konsekwencje zagrażają bezpośrednio życiu Ubezpieczonego;
6) **Członek rodziny** - małżonek/-ka (także partner/-ka), rodzic, teść/teściowa, macocha, ojczym, opiekun prawny, syn, córka (także adoptowane, przysposobione), zięć, synowa, rodzeństwo (także rodzeństwo przysposobione), szwagier/-ka, dziadek, babcia, wnuk/wnuczka;
7) **Dokument ubezpieczenia** – polisa, certyfikat lub inne potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wystawione przez EUROP ASSISTANCE;
8) **Drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, nie emitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania cieplnego i nie zasilany prądem elektrycznym;
9) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
10) **Franszyza integralna** – określona umownie kwota, co do której EUROP ASSISTANCE nie ponosi odpowiedzialności za szkody nie przekraczające jej wysokości;
11) **Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
12) **Koszty leczenia** – wydatki poniesione za granicą na organizację usług medycznych, leczenie ambulatoryjne, szpitalne, stomatologiczne oraz leki i środki opatrunkowe niezbędne, aby przywrócić Ubezpieczonemu stan zdrowia umożliwiający powrót albo transport na teren Rzeczypospolitej Polskiej albo kraju zamieszkania Ubezpieczonego;
13) **Kradzież z włamaniem** – bezprawny zabór mienia stanowiącego własność Ubezpieczonego dokonane w celu jego przywłaszczenia;
14) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, niebędąca osobą bliską Ubezpieczonego;
15) **Lekarz Centrum Alarmowego** – zatrudniony w Centrum Alarmowym lekarz konsultant;
16) **Nagłe zachorowanie** – choroba, która wystąpiła w okresie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i wymagająca zasięgnięcia natychmiastowej pomocy medycznej z powodu zagrożenia życia lub zdrowia. Udar mózgu i zawał mięśnia serca są objęte ochroną ubezpieczeniową, jeżeli u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia nie zdiagnozowano choroby układu sercowo-naczyniowego np. nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, miażdżycę, cukrzycę lub zaburzeń lipidowe;
17) **Nieszczęśliwy wypadek** – dla ubezpieczenia:
    1) **Pomoc w Podróży –** przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia, w wyniku którego Ubezpieczony doznał, wbrew swej woli, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, bądź zmarł;
    2) **Rehabilitacja –** nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, powstałe w związku z :
        a. Ruchem pojazdu,
        b. Przebywanie w pojeździe podczas zatrzymania lub postoju na trasie jazdy,
        c. Wsiadaniem do i wysiadaniem z pojazdu,
        d. Obsługą lub naprawą pojazdu na trasie podróży,
        e. Załadunkiem i rozładunkiem pojazdu

    w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wymagającego udzielenia pomocy medycznej i zmuszającego go do przerwania podróży bądź zmarł;
18) **Okres ochrony** – okres wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w którym EUROP ASSISTANCE udziela ochrony ubezpieczeniowej;
19) **Osoba wezwana do towarzyszenia** – osoba bliska lub inna osoba zamieszkała na terenie Polski, wskazana przez Ubezpieczonego, która w przypadku braku osoby towarzyszącej przyjedzie w celu towarzyszenia Ubezpieczonemu w trakcie leczenia;
20) **Podróż zagraniczna** – czas dojazdu lub powrotu i pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej
21) **Praca fizyczna** –wykonywanie przez Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznej następujących czynności:
    a) Prowadzenie Pojazdu;
    b) Przebywanie w Pojeździe podczas zatrzymania lub postoju na trasie jazdy,
    c) Wsiadaniem do i wysiadaniem z Pojazdu,
    d) Obsługą lub naprawą Pojazdu na trasie podróży,
    e) Załadunkiem i rozładunkiem Pojazdu.
22) **Rozbój** – zabór mienia w celu przywłaszczenia z użyciem przemocy wobec Ubezpieczonego lub przy użyciu groźby natychmiastowego jej użycia albo przez doprowadzenie Ubezpieczonego do stanu nieprzytomności lub bezbronności;
23) **Stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
24) **Stan po spożyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2 do 0,5 promila alkoholu lub zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,1 mg do 0,25 mg;
25) **Suma ubezpieczenia** – wskazana w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności EUROP ASSISTANCE za szkody powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
26) **Szkoda osobowa** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
27) **Szkoda rzeczowa** – zniszczenie, uszkodzenie lub utrata rzeczy ruchomej bądź nieruchomości;
28) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach i zatrudniający całodziennie lub całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza. Szpitalem nie jest dom

opieki, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka zajmująca się leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;

29) **Trwałe inwalidztwo** – zaburzenie czynności organu, narządu lub układu, powodujące ich trwałą dysfunkcję, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności EUROP ASSISTANCE. Rodzaj i wysokość trwałego inwalidztwa określa się w procentach, na podstawie Tabeli nr 3 do niniejszych OWU;
30) **Ubezpieczający** – Santander Leasing S.A. zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składki;
31) **Ubezpieczony** – kierowca Pojazdu oraz jego zmiennik znajdujący się w Pojeździe w chwili zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
32) **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance SA – Ubezpieczyciel, zarejestrowany w rejestrze handlu i spółek Nanterre pod numerem 451 366 405, z siedzibą we Francji, 1 Promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, reprezentowaną przez Europ Assistance Irish Branch z siedzibą w Dublinie, 4th Floor, 4-8 Eden Quay, Dublin 1, Irlandia, zarejestrowany w Urzędzie Rejestrowym pod nr 907 089;
33) **Udział własny** – określona umownie część szkody (procent), za którą nie jest wypłacane odszkodowanie;
34) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a EUROP ASSISTANCE na podstawie niniejszych OWU;
35) **Zdarzenie losowe** – nieprzewidziane i niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w okresie ubezpieczenia i będące przyczyną powstania szkody. Za Zdarzenie losowe przyjmuje się: grad, huragan, lawinę, osunięcie się ziemi, powódź, pożar, przepięcie, śnieg, trzęsienie ziemi, upadek drzewa lub innych przedmiotów, upadek statku powietrznego, uderzenie pojazdu, uderzenie pioruna, wybuch, zalanie, zapadanie się ziemi;

§ 3 – ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Okres ubezpieczenia wynosi 365 dni, z zastrzeżeniem, że jednorazowa podróż zagraniczna nie może trwać dłużej niż 60 dni.
2. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, o ile wie o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia ma obowiązek poinformować EUROP ASSISTANCE o wszystkich znanych mu okolicznościach, o które EUROP ASSISTANCE zapytywał we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia przez EUROP ASSISTANCE Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, zobowiązany jest on do przekazania Ubezpieczonemu OWU oraz zapoznania go z treścią umowy ubezpieczenia, a także poinformowania go o przysługujących mu prawach i ciążących na nim obowiązkach.
4. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, o ile wie o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek, ma obowiązek w czasie trwania Umowy ubezpieczenia niezwłocznie powiadamiać EUROP ASSISTANCE o wszelkich zmianach danych, o których mowa w ust. 2.
5. EUROP ASSISTANCE nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2–4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2–4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. W przypadku zawarcia umowy bezpośrednio, Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres ubezpieczenia dłuższy niż 6 miesięcy, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.
7. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

§ 4 – OKRES UBEZPIECZENIA. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Z zastrzeżeniem ust.2 niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa EUROP ASSISTANCE rozpoczyna się w momencie przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej przy wyjeździe nie wcześniej niż w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, kończy się natomiast w momencie przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej przy powrocie, nie później jednak niż o godzinie 24:00 w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z Asysty prawnej na terenie Rzeczpospolitej Polskiej oraz przy wyjeździe zagranicznym.
3. Ochrona ubezpieczeniowa dla jednej podróży zagranicznej trwa nie dłużej niż 60 dni. W przypadku podróży zagranicznej przekraczającej 60 dni, okres ochrony wygasa najpóźniej o godzinie 24:00 60-tego dnia podróży zagranicznej;
4. Odpowiedzialność EUROP ASSISTANCE z oprócz wyżej wymienionych punktów kończy się:
   1) w momencie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia;
   2) z dniem otrzymania przez EUROP ASSISTANCE oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
5. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego faktu przebywania za granicą przez okres nie dłuższy niż 60 dni (bilety, rezerwacje oraz wszelkiego rodzaju dokumenty potwierdzające fakt powrotu).
6. Okres ochrony ubezpieczeniowej zostanie przedłużony bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, nie więcej niż o 48 h w przypadku, gdy powrót Ubezpieczonego opóźnia się z przyczyn losowych nieleżących po stronie Ubezpieczonego takich jak:
   a) awaria środka transportu komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej,
   b) zdarzenia losowe,
   c) akcja ratownicza prowadzona w związku ze Zdarzeniami losowymi, o których mowa w punkcie wyżej,
   d) odwołanie lub opóźnienie środka transportu publicznego ze względu na złe warunki atmosferyczne,
   e) wypadek w komunikacji lądowej, wodnej lub powietrznej.

   Warunkiem wypłaty świadczenia w okresie przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego zajścia wyżej wymienionych zdarzeń.

§ 5 – SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, za okres, w którym EUROP ASSISTANCE udziela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka ubezpieczeniowa wyrażona jest w złotych polskich. Jej wysokość podana jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka jest płatna jednorazowo w polskich złotych.

CZĘŚĆ II – UBEZPIECZENIE ASYSTA PRAWNA

§ 6 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA ASYSTA PRAWNA

1. Przedmiotem ubezpieczenia Asysta Prawna jest organizacja i pokrywanie przez EUROP ASSISTANCE kosztów następujących usług i świadczeń, które zapewnią Ubezpieczonemu dostęp do informacji prawnej w razie zaistnienia potrzeby jej uzyskania w trakcie odbywania podróży zagranicznej, do wysokości sumy ubezpieczenia i limitów określonych w opisach świadczeń, w zakresie:
   1) Telefoniczna informacja prawna dotyczącą zagadnień z zakresu prawa: cywilnego, administracyjnego, pracy,

przewozowego, o ruchu drogowym, karnego oraz w sprawach o wykroczenia;
2) Telefoniczna informacja prawna dotycząca zagadnień z zakresu prawa gospodarczego: ustawa Prawo Przedsiębiorców, ustawa o Krajowym Rejestrze Sądowym, kodeks spółek handlowych, prawo upadłościowe i naprawcze;
3) Przesyłanie drogą elektroniczną aktualnych aktów prawnych (ustaw, rozporządzeń, uchwał z prawa polskiego);
4) Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów umów cywilnoprawnych: sprzedaży, najmu i dzierżawy, pożyczki, darowizny, o pracę, o dzieło, zlecenie;
5) Przesyłanie drogą elektroniczną informacji o kosztach postępowań prawnie regulowanych;
6) Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów pism procesowych, ze wskazanie elementów niezbędnych danego rodzaju pisma;
7) Udzielanie informacji teleadresowych dotyczących: biur podatkowych, sądów, prokuratur, kancelarii adwokackich oraz kancelarii radcowskich.

2. W przypadku potrzeby uzyskania informacji prawnych związanych z prowadzeniem pojazdu w ramach wykonywanej pracy w tym zdarzeniami drogowymi z udziałem Ubezpieczonego (kolizją, wypadkiem), do których doszło poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, świadczenie EUROP ASSISTANCE polega wyłącznie na zapewnieniu dostępu do telefonicznej informacji polegającej na zarekomendowaniu Ubezpieczonemu optymalnego w danej sytuacji sposobu postępowania, związanego z czynnościami dokonywanymi na miejscu zdarzenia przy udziale policji, straży pożarnej i innych uprawnionych do interwencji służb oraz informacji w zakresie obowiązujących regulacji prawnych, dotyczących możliwości ukarania kierowcy grzywną lub inną karą związaną z ruchem ubezpieczonego pojazdu na danym terytorium.
W przypadku wyrażania przez Ubezpieczonego potrzeby skorzystania z pomocy prawnej w państwa zdarzenia, EUROP ASSISTANCE na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje dla Ubezpieczonego i na jego koszt dostęp do usług profesjonalnego prawnika w danym państwie.
3. Ubezpieczony ma prawo do uzyskania w okresie ubezpieczenia informacji prawnych wymienionych w ust. 1 i 2 bez limitów ilościowych.
4. Zakres Terytorialny obejmuję kraje Europy z wyłączeniem Rosji, Ukrainy, Mołdawii oraz Białorusi.

§ 7 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE ASYSTA PRAWNA

1. EUROP ASSISTANCE nie ponosi odpowiedzialności:
   1) jeżeli zgłoszenie wykracza poza przedmiot ubezpieczenia lub dotyczy dziedzin prawa lub zagadnień niewymienionych w § 6 ust. 1 i 2,
   2) jeżeli zgłoszenie dotyczy usług niewymienionych w § 6 ust. 1 i 2,
   3) jeżeli zgłoszenie dotyczy spraw zaistniałych poza okresem trwania ochrony ubezpieczeniowej,
   4) jeżeli zgłoszenie wykracza poza przepisy prawa polskiego, z zastrzeżeniem § 6 ust.2,
   5) jeżeli zgłoszenie dotyczy relacji między Ubezpieczonym a EUROP ASSISTANCE, Santander Leasing sp. z o. o; Aon Polska sp. z o. o; Aon Services sp. z o .o.
   6) za brak możliwości uzyskania lub za opóźnienie udzielenia informacji prawnej, jeżeli jest to spowodowane siłą wyższą, strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażem, wojną, wojną domową lub skutkami promieniowania radioaktywnego,
2. O ile nie umówiono się inaczej, EUROP ASSISTANCE nie pokrywa:
   1) kosztów, opłat i honorariów związanych z prowadzeniem prowadzenia jakichkolwiek postępowań prawnie regulowanych,
   2) kosztów pomocy prawnej w związku z prowadzeniem pozasądowych sporów prawnych lub świadczeniem pomocy prawnej,
   3) kar, grzywien, odszkodowań oraz innych opłat, do poniesienia których Ubezpieczony jest zobowiązany;
   4) kosztów samodzielnie poniesionych przez Ubezpieczonego z pominięciem EUROP ASSISTANCE w celu uzyskania informacji prawnych, o których mowa w § 6 ust. 1 i 2,

§ 8 – SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia Asysta Prawna jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia i jest odrębną sumą dla każdego Ubezpieczonego.
2. EUROP ASSISTANCE ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 9 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA

1. W razie zaistnienia potrzeby skorzystania ze świadczeń objętych ubezpieczeniem Asysta Prawna, Ubezpieczony może dokonać zgłoszenia do Centrum Alarmowego kontaktując się pod dostępnym całodobowo dedykowanym numerem telefonu: **+48 22 203 79 98**
2. W przypadku zaistnienia potrzeby skorzystania z ubezpieczenia Asysta Prawna, Ubezpieczony powinien zgłosić się pod numerem telefonu lub wysłać wiadomość na adres e-mail: travel@europ-assistance.pl.
3. Świadczenia wymienione w §6 ust. 1,2 będą dostępne i realizowane w godzinach 9:00 – 17:00 od poniedziałku do piątku, a w sprawach pilnych również w godzinach 17:00 – 9:00 oraz w dni wolne od pracy.
4. Ubezpieczony powinien podać w trakcie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego następującego informacje:
   1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   2) numer polisy, albo nr. rejestracyjny
   3) opis zdarzenia ubezpieczeniowego,
   4) rodzaj żądanej pomocy,
   5) numer telefonu celem kontaktu zwrotnego lub adres mailowy, na który mają być przesłane informacje.
5. Po potwierdzeniu istnienia ochrony ubezpieczeniowej i wyrażeniu przez Ubezpieczonego chęci skorzystania z przysługujących świadczeń, Centrum Alarmowe przełączy Ubezpieczonego do prawnika lub przekaże prawnikowi jego zgłoszenie celem udzielenia wnioskowanego świadczenia. Jeżeli z uwagi na skomplikowany charakter zdarzenia ubezpieczeniowego, zgłoszonego przez Ubezpieczonego, udzielenie informacji bezpośrednio w formie telefonicznej nie jest możliwe, prawnik poinformuje Ubezpieczonego o możliwości udzielenia informacji w terminie późniejszym, uzgodnionym z Ubezpieczonym.
6. Ubezpieczenie Asysta Prawna polega na organizacji i pokryciu przez Ubezpieczyciela kosztów dostępu do informacji prawnych określonych w § 6 ust.1 OWU lub na organizacji na wniosek i rachunek Ubezpieczonego dostępu do innych usług prawniczych, w przypadku o którym mowa w § 6 ust.2 zdanie drugie OWU, przy czym ubezpieczenie Asysta Prawna nie obejmuje samego wykonywania tych świadczeń. Świadczenia w ramach ubezpieczenia Asysta Prawna realizowane są, na zlecenia Ubezpieczonego, przez uprawnionego prawnika.
7. Prawnik udzielający informacji prawnych na zlecenie Ubezpieczonego ponosi w stosunku do Ubezpieczonego odpowiedzialność za wykonanie zlecenia. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za działania i zaniechania prawnika. Jeżeli Ubezpieczony zrezygnuje z prawnika realizującego świadczenie ubezpieczeniowe, to Ubezpieczyciel jest zwolniony z ponoszenia kosztów kolejnego prawnika, chyba że strony umówiły się inaczej.
8. Przesłanie wzorów umów, pism, tekstów aktów prawnych oraz informacji teleadresowych, o których mowa w § 6 ust. pkt 3-7 OWU, nastąpi niezwłocznie od momentu przekazania przez Ubezpieczonego informacji niezbędnych do udzielenia tych świadczeń, o ile nie zostanie uzgodniony z Ubezpieczonym innym termin.

CZĘŚĆ III – UBEZPIECZENIE POMOC W PODRÓŻY

§ 10 – ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU obejmuje:
   a) Koszty leczenia;
   b) Pomoc assistance;
   c) Ubezpieczenie Bagażu podróżnego;
   d) Ryzyko wykonywania Pracy fizycznej;
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia zaistniałe na terytorium **Europy** i obejmuje następujące państwa: Albania, Andora, Armenia, Austria, Białoruś, Belgia, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czarnogóra, Republika Czeska, Dania, Estonia, Finlandia, Francja (wraz z Korsyką), Niemcy, Gibraltar, Grecja, Węgry, Islandia, Irlandia, Łotwa, Liechtenstein, Litwa, Luksemburg, Macedonia, Malta, Mołdawia, Monako, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Europejska część Rosji, San Marino, Serbia (wraz z Kosowem), Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Turcja, Ukraina, Wielka Brytania, Watykan, Włochy oraz kraje basenu Morza Śródziemnego: Egipt, Izrael, Liban, Libia, Maroko, Tunezja, z wyłączeniem Polski;
3. EUROP ASSISTANCE ponosi odpowiedzialność za następstwa Nieszczęśliwych wypadków poniesione na skutek biernego uczestnictwa w Aktach terroru, do których doszło nagle w czasie pobytu Ubezpieczonego na terytorium danego kraju. W takiej sytuacji EUROP ASSISTANCE świadczy następujące usługi:
   1) leczenie szpitalne lub ambulatoryjne do sumy ubezpieczenia Kosztów leczenia i Pomocy Assistance;
   2) transport Ubezpieczonego do Polski lub kraju zamieszkania Ubezpieczonego;
   3) transport zwłok.

CZĘŚĆ IV – KOSZTY LECZENIA I POMOC ASSISTANCE

§ 11 – UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA

1. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty leczenia poniesione przez Ubezpieczonego, który w okresie podróży zagranicznej musiał niezwłocznie poddać się leczeniu w związku z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia i ustalonych limitów.
2. W ramach kosztów leczenia, o których mowa powyżej, EUROP ASSISTANCE pokrywa koszty poniesione na:
   1) Badania i zabiegi ambulatoryjne zalecone przez lekarza;
   2) Konsultacje lekarskie;
   3) Wizytę lekarza w miejscu zakwaterowania Ubezpieczonego, a w tym dojazd i honorarium lekarza, w przypadku gdy wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego;
   4) Zakup płynów infuzyjnych, lekarstw i środków opatrunkowych, a także ortopedycznych środków pomocniczych (protezy, kule i laski inwalidzkie, szyny, kortezy, gorsety, pasy stabilizujące) przepisanych przez lekarza za wyjątkiem odżywek, środków wzmacniających i preparatów kosmetycznych;
   5) Naprawę protez (z wyjątkiem protez stomatologicznych) gdy ich uszkodzenie było następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową i potwierdzone dokumentacją lekarską, do równowartości limitu 1000 PLN;
   6) Transport medyczny Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania do najbliższego szpitala albo placówki medycznej;
   7) Powrotny transport do miejsca postoju Pojazdu;
   8) Hospitalizację Ubezpieczonego a w tym leczenie szpitalne, badania, zabiegi i operacje, których ze względu na stan zdrowia Ubezpieczonego nie można było odłożyć do czasu powroty na teren Rzeczypospolitej polskiej albo kraju zamieszkania Ubezpieczonego;
   9) Honoraria lekarskie;
   10) Transport medyczny Ubezpieczonego do innego szpitala, jeżeli placówka medyczna, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany nie zapewnia odpowiedniej opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie;
   11) Poród, który nastąpił przed 32 tygodniem ciąży i związane z nim koszty opieki do limitu 10 000 PLN;
   12) Jedną wizytę lekarską związaną z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia w związku z ciążą z wyłączeniem samego porodu i związany z tym transport medyczny do placówki medycznej, do limitu 500 PLN;
   13) Leczenie stomatologiczne w przypadku ostrych stanów bólowych i zapalnych do równowartości 1000 PLN dla wszystkich zachorowań wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
3. W przypadku, gdy Nagłe zachorowanie polega na pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego w związku z zaostrzeniem Choroby przewlekłej, EUROP ASSISTANCE pokrywa udokumentowane koszty wskazane w ust.2 do wysokości 20% sumy ubezpieczenia Kosztów leczenia i Pomocy assistance wskazanej w Polisie.

§ 12 – POMOC ASSISTANCE

1. W ramach ubezpieczenia Pomocy assistance EUROP ASSISTANCE organizuje i pokrywa koszty następujących usług i świadczeń, które zapewnią Ubezpieczonemu pomoc w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, do wysokości sumy ubezpieczenia i limitów określonych w opisach świadczeń, w zakresie:
   1) **Transport Ubezpieczonego do Polski**– EUROP ASSISTANCE organizuje i pokrywa koszty transportu do miejsca zamieszkania lub najbliższej miejscu zamieszkania placówki służby zdrowia, w której leczenie może być kontynuowane, o ile, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, transportu takiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego. Transport odbywa się dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Świadczenie jest organizowane w przypadku, gdy pierwotnie zaplanowany przez Ubezpieczonego środek transportu nie może zostać wykorzystany.
   2) **Transport zwłok** – w porozumieniu z rodziną Ubezpieczonego EUROP ASSISTANCE organizuje i pokrywa koszty transportu zwłok Ubezpieczonego do miejsca pochówku w Polsce lub kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub koszty pochówku za granicą. Jeżeli miejscowe przepisy wymagają, aby zwłoki były przewożone w trumnie pokrywane są koszty zakupu trumny spełniającej wymogi ustanowione przez miejscowe przepisy;
   3) **Poszukiwanie oraz ratownictwo w górach i na morzu** – EUROP ASSISTANCE pokrywa udokumentowane koszty akcji ratowniczej lub poszukiwawczej do wysokości ustalonego limitu. Usługa świadczona jest od momentu otrzymania zgłoszenia zaginięcia przez dane służby do momentu odnalezienia (poszukiwanie) lub od momentu odnalezienia Ubezpieczonego do momentu przekazania go odpowiednim służbom medycznym (ratownictwo); EUROP ASSISTANCE nie pokrywa kosztów w przypadku domniemania zagrożenia porwaniem;
   4) **Podróż i pobyt osoby wezwanej do towarzyszenia –** w przypadku gdy:
      a) przewidywany okres Hospitalizacji Ubezpieczonego , zgodnie z pisemną opinią lekarską będzie trwał co najmniej 7 dni i Ubezpieczonemu w podróży nie towarzyszy członek rodziny;
      b) Ubezpieczony jest Hospitalizowany i nie ukończył 18 roku życia a za granicą nie towarzyszy mu rodzic lub prawny opiekun;
      c) Ubezpieczony znajduje się w stanie zagrożenia życia poświadczonym pisemną opinią lekarza prowadzącego leczenie;

      EUROP ASSISTANCE organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu, wyżywienia, przyjazdu i powrotu osoby wezwanej do towarzyszenia Ubezpieczonemu do

wysokości ustalonego limitu. Podróż może odbyć się pociągiem lub autobusem lub innym środkiem transportu wskazanym przez Centrum Alarmowe i uzgodnionym z Ubezpieczonym, a w przypadku gdy podróż trwa więcej niż 12 godzin – samolotem w klasie ekonomicznej.

5) **Rekonwalescencja –** w przypadku gdy transport Ubezpieczonego do Polski albo kraju zamieszkania Ubezpieczonego nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu Hospitalizacji zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie podczas podróży zagranicznej, EUROP ASSISTANCE organizuje zakwaterowanie Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznej i pokrywa jego koszty wraz z wyżywieniem nie dłużej niż przez okres 7 dni do wysokości ustalonego limitu;
6) **Wcześniejszy powrót Ubezpieczonego do Polski** – w przypadku udokumentowanej choroby zagrażającej życiu lub śmierci osoby bliskiej Ubezpieczonego lub zdarzenia losowego w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego ze względu na niebezpieczeństwo powstania lub zwiększenia się szkody w mieniu należącym do Ubezpieczonego podczas podróży zagranicznej, w sytuacji gdy pierwotnie przewidziany środek transportu nie może być wykorzystany, EUROP ASSISTANCE zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego do Polski pociągiem lub autobusem, a w przypadku gdy podróż koleją czy autobusem trwa więcej niż 12 godzin samolotem w klasie ekonomicznej;
7) **Pomoc tłumacza** – w przypadku gdy Ubezpieczony podczas podróży zagranicznej popadł w konflikt z prawem w kraju, w którym się znajduje, lub gdy w czasie Hospitalizacji pojawi się problem w komunikowaniu się Ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu z lekarzem prowadzącym leczenie, EUROP ASSISTANCE organizuje i pokrywa koszty honorarium tłumacza do wysokości ustalonego limitu, pod warunkiem, że pomoc tłumacza dotyczy Hospitalizacji lub zarzucanych Ubezpieczonemu czynów z zakresu odpowiedzialności cywilnej;
8) **Wpłata w poczet poręczenia majątkowego (kaucji)** – jeżeli Ubezpieczony został zatrzymany przez organy ścigania kraju, w którym się znajduje i konieczne jest pokrycie poręczenia majątkowego nałożonego przez organy wymiaru sprawiedliwości kraju pobytu, Centrum Alarmowe po uprzednim uzyskaniu od osoby bliskiej lub wskazanej przez Ubezpieczonego pełnej kwoty kaucji, przekaże ją właściwym organom, o ile przepisy państwa, w którym dokonano zatrzymania pozwalają na wpłatę poręczenia za osobę zatrzymaną;
9) **Pomoc finansowa w przypadku utraty gotówki pobranej z bankomatu** – jeżeli Ubezpieczony padnie ofiarą Rabunku skutkującego utratą gotówki pobranej z placówki bankowej lub za pośrednictwem bankomatu, EUROP ASSISTANCE zwróci utracone pieniądze jednak nie więcej niż do równowartości ustalonego limitu, co stanowi górną granicę odpowiedzialności. Ubezpieczony zobowiązany jest do przedstawienia raportu z policji potwierdzającego utratę gotówki w wyniku Rabunku oraz wydruku z bankomatu lub wyciągu z rachunku/zaświadczenia z banku potwierdzającego wypłacenie gotówki;
10) **Dosłanie niezbędnych przedmiotów osobistych –** na życzenie Ubezpieczonego EUROP ASSISTANCE zorganizuje i pokryje koszty wysyłki przedmiotów osobistych niezbędnych do kontynuacji podróży zagranicznej poza terytorium Polski przez Ubezpieczonego, w przypadku ich uszkodzenia, utraty albo zniszczenia powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową. Przedmioty te zostaną dostarczone do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zostaną udostępnione i przekazane przez osoby wskazane przez Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego. Usługa jest świadczona do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów;
11) **Przekazywanie wiadomości –** w razie zaistnienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowały opóźnienie lub zmianę przebiegu podróży zagranicznej Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe na życzenie Ubezpieczonego przekaże niezbędne informacje rodzinie, zakładowi pracy lub innej wskazanej osobie, a także udzieli pomocy w organizacji przy zmianie rezerwacji hotelu, linii lotniczej lub wypożyczalni samochodów;
12) **Organizacja na terenie Polski kontynuacji leczenia rozpoczętego za granicą** – EUROP ASSISTANCE organizuje na terenie Polski usługi, a Ubezpieczony pokrywa koszty związane z kontynuacją leczenia będącego następstwem Zdarzenia objętego ochroną powstałego podczas Podróży zagranicznej poza terytorium Polski w zakresie:
    a) organizacji badań i zabiegów ambulatoryjnych,
    b) organizacji wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, gdy zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego,
    c) dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza, jeżeli Ubezpieczony jest unieruchomiony i nie ma żadnej osoby mogącej dostarczyć mu leki,
    d) organizacji wizyty u psychologa – jeśli na skutek wypadku objętego umową ubezpieczenia, zdaniem lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego będzie wskazana konsultacja z psychologiem, EUROP ASSISTANCE na wniosek Ubezpieczonego zorganizuje taką wizytę,
    e) organizacji procesu rehabilitacyjnego – jeśli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji, EUROP ASSISTANCE zapewnia zorganizowanie wizyt fizykoterapeuty;
13) **Infolinia podróżna –** na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje o kraju, do którego wyjeżdża:
    a) Wymagane dokumenty i szczepienia;
    b) Adresy polskich ambasad i konsulatów;
    c) Najdogodniejsze połączenia komunikacji lotniczej z danym krajem;
    d) Atrakcje turystyczne;
    e) Prognoza pogody, ceny autostrad, ceny podstawowych produktów spożywczych, podstawowe kursy walut;
    f) Zakres usług medycznych gwarantowanych przez NFZ w poszczególnych krajach Unii Europejskiej;

§ 13 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE KOSZTÓW LECZENIA ORAZ POMOCY ASSISTANCE

1. EUROP ASSISTANCE nie ponosi odpowiedzialności za Koszty leczenia i Pomoc assistance, jeżeli ze względów zdrowotnych istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia przez Ubezpieczonego podróży zagranicznej albo gdy przed wyjazdem za granicę istniały wskazania wykonania zabiegu operacyjnego albo poddania się leczeniu w warunkach szpitalnych.
2. EUROP ASSISTANCE nie pokrywa kosztów:
    1) zdarzeń zaistniałych poza okresem trwania ochrony ubezpieczeniowej;
    2) leczenia przekraczającego zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia umożliwiającego powrót lub transport do Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju zamieszkania;
    3) przeprowadzenia badań zbędnych, w ocenie lekarza prowadzącego, do rozpoznania lub leczenia choroby, badań kontrolnych oraz uzyskania zaświadczeń lekarskich i wykonywania szczepień profilaktycznych;
    4) szkód powstałych w związku z planowanym leczeniem oraz powikłań związanych z tym leczeniem;
    5) leczenia psychoanalitycznego lub psychoterapeutycznego;
    6) leczenia sanatoryjnego, kuracji w domach wypoczynkowych lub ośrodkach leczenia uzależnień;
    7) operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych;
    8) leczenia zaburzeń psychicznych, depresji, wad wrodzonych, chorób przenoszonych drogą płciową i AIDS, nawet gdy nie były wcześniej leczone;
    9) lekarstw nabywanych przez Ubezpieczonego bez zalecenia lekarza;

10) masaży i kąpieli, inhalacji, gimnastyki leczniczej, naświetlań, zabiegów medycyny niekonwencjonalnej (nawet gdy którykolwiek z tych środków był zalecony przez lekarza) oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub fizykoterapeutycznych;
11) zabiegów usuwania ciąży, chyba, że zostały one wykonane w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego a ich przeprowadzenie dopuszczone jest przez prawo państwa, na terenie którego zabieg jest dokonany;
12) pierwotnej rekonstrukcji aparatu więzadłowego kolana;
13) korzystania podczas pobytu w szpitalu z usług innych niż świadczenia zdrowotne i szpitalne, w szczególności: pojedynczego pokoju, używania odbiorników radiowych, telewizyjnych, telefonu, z usług fryzjerskich lub kosmetycznych, dodatkowego wyżywienia.

3. EUROP ASSISTANCE nie pokrywa również kosztów powstałych wskutek (co oznacza istnienie związku przyczynowo- skutkowego):
   1) epidemii lub skażeń, o ile wybuchły i zostały ogłoszone przed dniem rozpoczęcia przez Ubezpieczonego podróży zagranicznej;
   2) rozpoznania i planowego prowadzenia ciąży;
   3) ciąży i wszelkich jej konsekwencjami z zastrzeżeniem par. 13 ust.2 pkt. (10 (11;
   4) samobójstwa lub samookaleczenia Ubezpieczonego;
4. EUROP ASSISTANCE nie pokrywa kosztów leczenia i nie organizuje dalszych świadczeń związanych z danym Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem (za wyjątkiem Transportu Ubezpieczonego do Polski lub kraju zamieszkania), jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego pozwalał na transport do Polski, a Ubezpieczony mimo to odmówił powrotu do kraju.
5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte także następstwa zdarzeń powstałych wskutek (co oznacza istnienie związku przyczynowo-skutkowego):
   1) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych;
   2) aktywnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego aktach przemocy lub w aktach terroru;
   3) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego rodzaju, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób ich oddziaływania na Ubezpieczonego;
   4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez uprawnień wymaganych prawem kraju zdarzenia;
   5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych, obsługi maszyn i przebywania na wysokościach w trakcie leczenia lekami upośledzającymi zdolność koncentracji (zgodnie z informacją producenta leku zawartą na ulotce);
   6) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po spożyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi nielicencjonowanych linii lotniczych;
   8) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa;
   9) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego. EUROP ASSISTANCE jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie, a w przypadku rażącego niedbalstwa świadczenie/odszkodowanie nie należy się, chyba, że spełnienie świadczenia lub wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
   10) Odpowiedzialność EUROP ASSISTANCE nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

§ 14 – SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy assistance jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia i jest odrębną sumą dla każdego Ubezpieczonego.
2. EUROP ASSISTANCE ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia jest sumą na wszystkie zdarzenia, przez co rozumie się, że każda wypłacona na rzecz Ubezpieczonego kwota odszkodowania powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia.

§ 15 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do podejmowania działań oraz stosowania przepisów mających na celu zapobieganie powstawaniu szkód oraz w miarę możliwości ograniczyć ich konsekwencje.
2. Ubezpieczony albo każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest do niezwłocznego kontaktu z Centrum Alarmowym przed podjęciem jakichkolwiek działań.
3. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w czasie podróży, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest:
   1) użyć dostępnych mu środków aby zapobiec w miarę możliwości zwiększeniu się szkody i ograniczyć jej konsekwencje;
   2) zabezpieczyć możność dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę;
   3) podczas kontaktu z Centrum Alarmowym (Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona):
      a) imię i nazwisko, numer rejestracyjny oraz numer polisy Ubezpieczonego;
      b) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody (data, miejsce, opis szkody i działań podjętych przez Ubezpieczonego);
      c) jakiej pomocy potrzebuje;
      d) podać numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może się skontaktować z Ubezpieczonym lub osobą działająca w jego imieniu.
   4) udzielić informacji oraz umożliwić Centrum Alarmowemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, oceny zasadności i rodzaju świadczenia należnego na podstawie Umowy ubezpieczenia;
   5) upoważnić lekarzy prowadzących w kraju i za granicą do udzielenia Centrum Alarmowemu wszelkich niezbędnych do realizacji świadczenia informacji dotyczących Ubezpieczonego i przebiegu jego leczenia w celu umożliwienia Centrum Alarmowemu dokonania czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, oceny zasadności i rodzaju świadczenia należnego na podstawie Umowy ubezpieczenia, współpracować z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do umożliwienia uzyskania przez niego dokumentacji medycznej stwierdzającej rozpoznanie oraz opis przebiegu leczenia z wynikami badań.
4. EUROP ASSISTANCE, w przypadku naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej albo rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1 – 3, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia rozmiarów szkody albo uniemożliwiło EUROP ASSISTANCE ustalenie okoliczności i skutków wypadku, może odpowiednio zmniejszyć świadczenie w stopniu, w jakim określone naruszenia przyczyniły się do zwiększenia rozmiaru szkody lub uniemożliwiły EUROP ASSISTANCE ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
5. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu nie skontaktował się z Centrum Alarmowym w celu uzyskania potwierdzenia pokrycia kosztów albo zwrotu kosztów z powodów niezależnych od siebie i odpowiednio udokumentowanych przyczyn, zobowiązany jest do powiadomienia Centrum Alarmowego w powstałych kosztach niezwłocznie po ustaniu tych przyczyn, nie dłużej jednak niż w ciągu 7 dni od daty ich ustania.

§ 16 – REFUNDACJE

1. Jeżeli Ubezpieczony z powodów od niego niezależnych nie dopełnił obowiązków, o których mowa w § 15 wskutek czego sam poniósł

wydatki związane z zapewnieniem mu opieki i usług, które na podstawie Umowy ubezpieczenia zobowiązany byłby zapewnić EUROP ASSISTANCE może domagać się refundacji tych uzasadnionych wydatków przez EUROP ASSISTANCE. W tym celu Ubezpieczony powinien zgłosić roszczenie do EUROP ASSISTANCE, załączając do zgłoszenia dokumenty wskazane w ust. 2. Zgłoszenie można przesłać na adres Centrum Alarmowego, które EUROP ASSISTANCE jako swojego przedstawiciela wskazuje:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
Zespół ds. Likwidacji Szkód
ul. Wołoska 5, budynek Taurus
02–675 Warszawa
nr tel. **(22) 205 50 19**
refundacje@europ-assistance.pl

2. Zgłoszenie roszczenia, o którym mowa w ust. 1 powinno zawierać:
   1) numer polisy;
   2) numer konta, na które powinna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego;
   3) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia;
   4) dokumentację medyczną dotyczącą zdarzenia zawierającą diagnozę oraz zalecone leczenie i faktury lub rachunki;
   5) oryginały lub uwierzytelnione kopie dowodów wpłat, które umożliwią EUROP ASSISTANCE ustalenie łącznych kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego;
   6) inne dokumenty, zdaniem Ubezpieczonego niezbędne dla wykazania roszczenia z zastrzeżeniem, że w toku postępowania mającego na celu ustalenie zasadności i wysokości roszczenia EUROP ASSISTANCE może zażądać dodatkowych dokumentów, o ile są niezbędne.
3. Świadczenie (z wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wykonawcom usług) wypłaca się na terytorium Polski, w walucie polskiej, według średniego kursu NBP, ogłoszonego w dniu, w którym Ubezpieczony poniósł wydatek, o którym mowa w ust. 1, a jeśli w tym dniu średni kurs nie był ogłaszany – według pierwszego takiego kursu ogłoszonego po dniu poniesienia wydatku w walucie obcej.
4. Świadczenie przysługuje do wysokości sum ubezpieczenia i limitów wskazanych w Umowie ubezpieczenia dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego.

CZĘŚC V – UBEZPIECZENIE BAGAŻU PODRÓŻNEGO

§ 17 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest bagaż podróżny Ubezpieczonego w czasie trwania podróży zagranicznej:
   1) Odzież, obuwie, drobne urządzenia elektryczne: suszarka, żelazko, lokówka, prostownica, golarka, depilator, szczotka do zębów, przybory toaletowe i kosmetyki, wózki dziecięce i inwalidzkie, namioty i śpiwory, książki, okulary;
   2) Sprzęt elektroniczny: Telefony przenośne, sprzęt fotograficzny i kamery wideo, przenośny sprzęt komputerowy, sprzęt służący do odtwarzania i nagrywania dźwięku od ryzyka rabunku w przypadku noszenia ich przy sobie.
2. Bagaż podróżny jest objęty ochroną ubezpieczeniową, jeżeli znajduje się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego lub jeżeli Ubezpieczony:
   1) oddał bagaż podróżny za pokwitowaniem do przechowalni bagażu;
   2) zostawił bagaż podróżny w zamkniętym pomieszczeniu zajmowanym przez Ubezpieczonego w miejscu zakwaterowania (z wyłączeniem namiotu);
   3) zostawił bagaż podróżny w zamkniętym indywidualnym pomieszczeniu bagażowym na dworcu (kolejowym, autobusowym, lotniczym);
   4) umieścił bagaż podróżny w zamkniętym luku bagażowym lub zamkniętym bagażniku zamkniętego samochodu (w przypadku samochodów z zamkiem centralnym obejmującym bagażnik lub luk bagażowy oraz samochodów posiadających połączenie między kabiną kierowcy a lukiem bagażowym lub bagażnikiem);
3. EUROP ASSISTANCE wypłaci, Ubezpieczonemu odszkodowanie w wysokości równowartości bagażu podróżnego nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia, który został utracony przez Ubezpieczonego lub uszkodzony w czasie podróży zagranicznej wskutek:
   1) wystąpienia zdarzenia losowego;
   2) akcji ratowniczej lub poszukiwawczej;
   3) wypadku w środku lokomocji;
   4) kradzieży z włamaniem do pomieszczeń wymienionych w § 17 ust. 2 lub rozboju;
   5) nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w wyniku którego Ubezpieczony pozbawiony był możliwości opieki nad bagażem podróżnym;
   6) zaginięcia w przypadku, gdy bagaż podróżny został powierzony zawodowemu przewoźnikowi, na podstawie dokumentu przewozowego.

§ 18 – SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia bagażu podróżnego jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia i jest odrębną sumą dla każdego Ubezpieczonego.
2. EUROP ASSISTANCE ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia z zastrzeżeniem bagażu wskazanego w § 17 ust.1 pkt 2), dla którego górna granica odpowiedzialności EUROP ASSISTANCE wynosi 50 % sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia jest sumą na wszystkie zdarzenia, przez co rozumie się, że każda wypłacona na rzecz Ubezpieczonego kwota odszkodowania powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia.

§ 19 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczeniem nie jest objęta utrata bagażu podróżnego powstała wskutek (co oznacza istnienie związku przyczynowo- skutkowego):
   1) kradzieży bez włamania lub bez użycia dorabianych kluczy w sytuacji określonej w § 17 ust.2 pkt 5) i 6);
   2) kradzieży z włamaniem, dokonanej z bagażnika dachowego pojazdu samochodowego w przypadku gdy bagażnik nie był wyposażony w zamek zabezpieczający;
   3) Wylania się na bagaż podróżny płynów, tłuszczów, barwników lub substancji żrących;
2. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody polegające wyłączenie na uszkodzeniu lub zniszczeniu pojemników bagażu podróżnego.
3. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
   1) środki płatnicze, (karty płatnicze, pieniądze), bilety podróżne, bony towarowe, książeczki i bony oszczędnościowe, papiery wartościowe;
   2) klucze;
   3) biżuteria, w tym zegarki, przedmioty z metali i kamieni szlachetnych;
   4) dzieła sztuki, zbiory kolekcjonerskie i numizmatyczne, dokumenty i rękopisy;
   5) instrumenty muzyczne;
   6) paliwa i broń wszelkiego rodzaju;
   7) przedmioty służące do działalności gospodarczej Ubezpieczonego;
   8) akcesoria samochodowe, przedmioty będące wyposażeniem przyczep kempingowych, półciężarówek kempingowych i łodzi;
   9) sprzęt medyczny, lekarstwa i protezy;
   10) przedmioty z futra lub wykończone futrem naturalnym;
   11) sprzęt sportowy i turystyczny, z wyłączeniem namiotów, śpiworów, karimat, materacy;
   12) sprzęt medyczny, aparaty medyczne, sprzęt rehabilitacyjny, protezy, wszelkiego rodzaju okulary, szkła kontaktowe i lekarstwa;
   13) przedmioty z futra albo wykończone futrem naturalnym;
   14) towary i artykuły spożywcze, używki (papierosy, alkohol);
   15) przedmioty o przeznaczeniu handlowym;
   16) mienie przesiedleńcze;
   17) szkody, których wartość nie przekracza 100 zł;

§ 20 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do podejmowania działań oraz stosowania przepisów mających na celu zapobieganie powstawaniu szkód, a zwłaszcza do zachowania należytej staranności w strzeżeniu mienia. W razie powstania szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do:
   1) zapobiegania zwiększeniu się rozmiarów szkody;
   2) zabezpieczenia dowodów zaistnienia i okoliczności szkody;
   3) zawiadomienia policji o kradzieży z włamaniem, rozboju lub zaginięcia przedmiotów objętych ubezpieczeniem i uzyskania pisemnego potwierdzenia zawiadomienia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) z podaniem ich wartości;
   4) zawiadomienia właściwego przewoźnika lub kierownictwa hotelu, domu wczasowego, kempingu, parkingu strzeżonego, itp. o każdym przypadku wystąpieniu szkody, która powstała w środku komunikacji publicznej lub miejscu zakwaterowania i uzyskania pisemnego potwierdzenia złożenia tego zawiadomienia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (rodzaj, ilość) i podaniem ich wartości;
   5) niezwłocznego skontaktowania się z Centrum Alarmowym, nie później niż w przeciągu 24 godzin od chwili zaistnienia szkody, chyba, że zgłoszenie szkody w wymaganym terminie nie jest możliwe z powodu wystąpienia zdarzenia losowego albo działania siły wyższej i podania okoliczności zdarzenia;
   6) zebrać, zabezpieczyć oraz udostępnić EUROP ASSISTANCE dowody ustalające okoliczności zdarzenia;
2. Zgłoszenie roszczenia wraz z dokumentacją potwierdzającą fakt zaistnienia zdarzenia oraz wysokość szkody powinno zostać przesłane do Centrum Alarmowego i powinno zawierać:
   1) imię i nazwisko oraz numer polisy Ubezpieczonego;
   2) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia szkody (data, miejsce, opis szkody i działań podjętych przez Ubezpieczonego);
   3) spis utraconych przedmiotów z określeniem ich wartości oraz roku nabycia;
   4) dowody potwierdzające utratę, zniszczenie albo uszkodzenie bagażu;
   5) oryginalne bilety albo kwity bagażowe;
   6) oryginały rachunków za naprawę uszkodzonego bagażu podróżnego i dowody ich zapłaty.
3. W przypadku odzyskania przez Ubezpieczonego utraconych rzeczy, Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie EUROP ASSISTANCE (Centrum Alarmowe).
4. Świadczenie z tytułu utraty bagażu podróżnego przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, iż bagaż podróżny nie zostanie przez Ubezpieczonego odzyskany. W przypadku gdy bagaż podróżny, za którego utratę zostało wypłacone odszkodowanie, zostanie przez Ubezpieczonego odzyskany w stanie nieuszkodzonym, kwota wypłaconego odszkodowania podlega zwrotowi w ciągu 30 dni od odzyskania bagażu.
5. W przypadku naruszenia z winy umyślnej albo rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust.1 pkt e, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia rozmiarów szkody albo uniemożliwiło EUROP ASSISTANCE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia, EUROP ASSISTANCE może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, w takim stopniu, w jakim naruszenie przyczyniło się do zwiększenia rozmiaru szkody albo uniemożliwiło EUROP ASSISTANCE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.

§ 21 – USTALENIE WYSOKOŚĆ ODSZKODOWANIA

1. Wysokość odszkodowania w przypadku utraty lub zniszczenia bagażu podróżnego ustala się według wartości rynkowej przedmiotu z dnia poprzedzającego wystąpienie szkody. Wartość przedmiotów określana jest przez EUROP ASSISTANCE na podstawie rachunków zakupu lub na podstawie wartości nowego przedmiotu o identycznych właściwościach użytkowych w dniu zaistnienia zdarzenia.
2. W przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego odszkodowania od osoby trzeciej, zobowiązanej do naprawy szkody, EUROP ASSISTANCE pomniejsza odszkodowanie z tytułu utraty bagażu, o kwotę którą otrzymał Ubezpieczony jako odszkodowanie od osoby trzeciej.
3. Przy ustalaniu rozmiaru szkody nie uwzględnia się:
   1) wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej lub pamiątkowej przedmiotów;
   2) kosztów poniesionych na odkażenie pozostałości po szkodzie.

CZĘŚĆ VI – REHABILITACJA

§ 22 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest objęcie Ubezpieczonego przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową od ryzyka wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, polegającą na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów świadczeń Rehabilitacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega, o ile OWU nie stanowi inaczej, na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w niniejszych OWU) kosztów dojazdu i honorarium usługodawcy.

§ 23 – ŚWIADCZENIA REHABILITACJI

1. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel, za pomocą Centrum Alarmowego, realizuje świadczenia Rehabilitacji:
   1) **Wizyta u lekarza ortopedy** – jeżeli Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza, wymaga wizyty u lekarza ortopedy, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wizyty lekarskiej ortopedy w miejscu zamieszkania lub w placówce medycznej. W zakres świadczenia wlicza się: pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza do ustalonego limitu;
   2) **Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza, wymaga rehabilitacji, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej, do ustalonego limitu;
   3) **Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza powinien używać drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego w domu, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty jego wypożyczenia lub zakupu (jeżeli nie jest możliwe jego wypożyczenie). Koszty wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego wykraczające poza sumę ubezpieczenia pokrywa Ubezpieczony;
   4) **Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
   5) **Dostawa artykułów spożywczych** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczony wymaga przebywania w Miejscu zamieszkania w pozycji leżącej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia niezbędnych artykułów spożywczych. Koszt zakupu artykułów spożywczych pokrywa Ubezpieczony;
   6) **Wizyta pielęgniarki** – zgodnie z zaleceniami lekarza Centrum Alarmowego, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w godzinach 8:00 – 17:00 i pokrywa jej honorarium po co najmniej 3 dniowej Hospitalizacji.
   7) **Pomoc domowa** – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany dłużej niż 3 dni, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w

godzinach 8.00 – 16.00 (przygotowywanie posiłków, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną przez lekarza uzasadnioną koniecznością pomocy i niemożności wsparcia rodziny lub osób bliskich. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi Ubezpieczony;

8) **Transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
   a) transportu do placówki medycznej oraz transportu powrotnego;
   b) transportu pomiędzy placówkami medycznymi – realizowane na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Alarmowego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego.
9) **Infolinia rehabilitacyjna** – Centrum Alarmowe na życzenie Ubezpieczonego udostępni mu informacje dotyczące:
   a) zespołów bólowych i neuralgii,
   b) dolegliwości bólowych w odcinkach: szyjnym, piersiowym oraz lędźwiowo – krzyżowym kręgosłupa,
   c) chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów,
   d) zaburzeń postawy, wad wrodzonych,
   e) fizjoterapii interwencyjnej (postępowania w nagłej sytuacji),
   f) zabiegów fizykalnych,
   g) diagnostyki – jaki rodzaj badań należy wykonać i gdzie,
   h) dostępnych środków pomocniczych i ortopedycznych,
   i) zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
   j) informacji medycznej o zastosowanym leczeniu – wskazania/przeciwskazania,
   k) informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów profilaktyki dolegliwości bólowych i schorzeń kręgosłupa,
   l) uprawnień osób niepełnosprawnych,
   m) zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych,
   n) danych teleadresowych poradni, placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów na terenie RP,
   o) danych teleadresowych (oddziałów Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, starostw i urzędów marszałkowskich, powiatowych i wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności, jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób niepełnosprawnych),
   p) danych teleadresowych sklepów, zakładów i wypożyczalni sprzętu ortopedycznego,
   q) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków NFZ,
   r) zasad uzyskania refundacji do sprzętu ortopedycznego i przedmiotów pomocniczych ze środków instytucji (PFRON/PCPR/MOPS/MOPR),
   s) zasad ubiegania się o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, do sanatoriów oraz zasad uzyskania dofinansowania.

§ 24 – SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia na świadczenia Rehabilitacji jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i ustalane są na okres ochrony ubezpieczeniowej.

§ 25 – WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z:
   1) zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,
   2) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
   3) próbą samobójczą,
   4) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie zamieszkałej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa ponosi odpowiedzialność,
   5) wykorzystywaniem pojazdu do jazd testowych, prób kaskaderskich, wyścigów, rajdów i zawodów sportowych,
   6) niezastosowaniem się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza lub fizjoterapeuty,
   7) działaniami podjętymi bez konsultacji z lekarzem.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
   1) świadczeń realizowanych poza terytorium RP,
   2) kosztów leków, środków opatrunkowych.
3. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie są objęte osoby przewożone za opłatą lub autostopowicze.

§ 26 – POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA

1. W przypadku konieczności skorzystania ze świadczeń Rehabilitacji, Ubezpieczony jest zobowiązany:
   a) w razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz dążyć do zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów,
   b) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+48 (22) 203 79 98** dostępnym z telefonów stacjonarnych, komórkowych i z zagranicy,
   c) przy zgłoszeniu szkody Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
      a) numer polisy lub numer rejestracyjny,
      b) imię i nazwisko,
      c) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
      d) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
      e) inne informacje niezbędne konsultantowi Centrum Alarmowego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił Centrum Alarmowego o zdarzeniu Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenia określone w § 29, jeżeli Ubezpieczony w ten sposób przyczynił się do zwiększenia szkody lub uniemożliwił ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
3. W każdym przypadku powstania zdarzenia assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest:
   a) udzielić konsultantowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
   b) udzielić specjaliście przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
   c) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Europ Assistance innym osobom, chyba że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 6 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
   d) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

CZĘŚĆ VII – POSTANOWIENIA WSPÓLNE

§ 27 – USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, EUROP ASSISTANCE informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, chyba że dotyczy to ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy assistance (a świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
2. EUROP ASSISTANCE wypłaca świadczenie/odszkodowanie do wysokości sum ubezpieczenia lub sum gwarancyjnych w ramach poszczególnych ryzyk objętych Umową ubezpieczenia i wariantu Umowy ubezpieczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Do wysokości sum ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności określonych w Umowie ubezpieczenia EUROP ASSISTANCE zapewnia Ubezpieczonemu świadczenia pomocy assistance.
3. EUROP ASSISTANCE wypłaci świadczenie/odszkodowanie Ubezpieczonemu lub innej uprawnionej osobie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, chyba że wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia/odszkodowania w terminie 30 dni okazało się niemożliwe. Wówczas świadczenie/odszkodowanie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że EUROP ASSISTANCE wypłaci bezsporną w świetle przedłożonych dokumentów część świadczenia /odszkodowania w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
4. Na żądanie EUROP ASSISTANCE Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia innych dokumentów, o ile są niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia/odszkodowania.
5. Świadczenie/odszkodowanie wypłaca się na terytorium Polski, w walucie polskiej. Jeżeli w czasie podróży zostały poniesione przez Ubezpieczonego wydatki w walucie obcej, świadczenie/ odszkodowanie przeliczane jest według średniego kursu walut obcych ustalonego przez NBP, obowiązującego w dniu poniesienia kosztu, a jeśli w tym dniu średni kurs nie był ogłaszany – według pierwszego takiego kursu ogłoszonego po dniu poniesienia wydatku w walucie obcej.

CZĘŚĆ VIII – REKLAMACJE

§ 28 – POSTĘPOWANIE REKLAMACYJNE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez EUROP ASSISTANCE, w tym również w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności EUROP ASSISTANCE, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona:
   1) w formie pisemnej - osobiście, w jednostce EUROP ASSISTANCE obsługującej osoby wskazane w ust. 1 lub przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529), na adres Centrum Alarmowego tj. Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości";
   2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu **+48 (22) 203 79 98;**
   3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres quality@europ-assistance.pl
3. W celu ułatwienia rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
   1) dane wnoszącego reklamację pozwalające na jego jednoznaczną identyfikację;
   2) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy reklamacja;
   3) treść reklamacji, tj. zastrzeżenia co do usług świadczonych przez EUROP ASSISTANCE;
   4) podanie opisu okoliczności uzasadniających reklamację wraz z ewentualnymi załącznikami w postaci czytelnych kopii lub skanów dokumentów.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.) lub - na wniosek osoby składającej reklamację - w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej podany w tym celu do wiadomości EUROP ASSISTANCE.
5. EUROP ASSISTANCE udziela odpowiedzi na reklamację niezwłocznie po rozpatrzeniu reklamacji, jednak w terminie nie dłuższym, niż 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających udzielenie odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, EUROP ASSISTANCE informuje (w formie właściwej dla odpowiedzi na reklamację) o:
   1) przyczynie opóźnienia;
   2) okolicznościach, które EUROP ASSISTANCE musi ustalić w celu rozpatrzenia reklamacji;
   3) przewidywanym terminie przesłania odpowiedzi, który jednak nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a EUROP ASSISTANCE mogą być również zakończone w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. EUROP ASSISTANCE podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel et de résolution z siedzibą w Paryżu.

CZĘŚĆ IX– POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 29 – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Ubezpieczyciel - Europ Assistance S.A., działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405, działająca na terytorium Polski i reprezentowana przez: Europ Assistance Irish Branch z siedzibą w Dublinie, 4th Floor 4 – 8 Eden Quay, Dublin 1 Irlandia, zarejestrowaną w Urzędzie Rejestrowym pod nr 907 089, jest administratorem danych osobowych Ubezpieczonych i będzie je przetwarzał wyłącznie w celu:
   1) Objęcia ochroną ubezpieczeniową i zarządzania ryzykiem,
   2) likwidacji szkód ubezpieczeniowych,
   3) zwalczania nadużyć.
2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem informatycznych systemów operacyjnych oraz formularzy papierowych, przetwarza wyłącznie

dane osobowe, które są niezbędne do powyższych celów, to jest: Imię, Nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, nr telefonu, datę urodzenia, okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom Europ Assistance S.A. a także podmiotom, którymi Europ Assistance posługuje się przy świadczeniu usług objętych umową ubezpieczenia oraz organom nadzoru nad rynkiem ubezpieczeniowym takim jak Komisja Nadzoru Finansowego, czy Rzecznik Finansowy.
4. Ubezpieczonemu, jako osobie, której dane dotyczą, przysługuje poprzez zgłoszenie żądania na adres poczty elektronicznej iod@europ-assistance.pl. prawo: dostępu do własnych danych osobowych, sprostowania nieprawidłowych lub niepełnych danych osobowych, usunięcia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania Przenoszenia danych, wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych, sprzeciwu wobec przetwarzania przez Ubezpieczyciela danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego lub w innej sytuacji przewidzianej w przepisach prawa
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Ubezpieczyciel będzie przechowywać dane osobowe do momentu wygaśnięcia roszczeń z umowy ubezpieczenia, a także przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa (np. prawa podatkowego).

§ 30 – POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej zgodnie z niniejszymi OWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W relacji między EUROP ASSISTANCE, a Ubezpieczającym i Ubezpieczonymi stosuje się język polski oraz prawo polskie.
4. Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia podlegają jurysdykcji sądów polskich.
5. Jeżeli w opisie danego świadczenia nie wskazano inaczej, ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia assistance powstałe na terytorium Polski oraz na terytorium następujących państw: Albanii, Austrii, Belgii, Bułgarii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Gibraltaru, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Lichtensteinu, Litwy, Łotwy, Luksemburga, Macedonii, Monako, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Rumunii, Rosji (tylko europejska część Rosji), San Marino, Serbii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, Szwajcarii, Turcji (tylko europejska część Turcji), Ukrainy (z wyłączeniem niektórych regionów Doniecka i Ługańska, Autonomicznej Republiki Krymu i miasta Sewastopol), Watykanu, Węgier, Wielkiej Brytanii, Włoch.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności ani nie spełni jakichkolwiek świadczeń z umowy ubezpieczenia opisanych w niniejszych OWU, jeśli w następstwie tego działania byłby narażony na ryzyko złamania lub działania w sprzeczności z postanowieniami jakichkolwiek sankcji, zakazów lub ograniczeń wynikających z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych, sankcji handlowych lub ekonomicznych, prawa lub przepisów obowiązujących w Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki. Wykaz aktualnych sankcji znajduje się na stronie www.gov.pl/web/finanse/sankcje-miedzynarodowe-giif
7. Niniejsze OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15.04.2020 roku.

Załącznik nr 1 do OWU – Tabela Trwałego inwalidztwa:

L.p.	Rodzaj trwałego inwalidztwa	% trwałego inwalidztwa
1.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80
2.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60
3.	Całkowita utrata dłoni	50
4.	Całkowita utrata palców u ręki: II, III, IV, V	7 – za każdy palec
5.	Całkowita utrata kciuka	22
6.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego, podudzia lub stawów skokowych	60
8.	Całkowita utrata stopy	40
9.	Całkowita utrata palców stopy II, III, IV, V	4 - za każdy palec
10.	Całkowita utrata palucha	15
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	Całkowita utrata nosa	20
17.	Całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie z tytułu utraty zębów
18.	Całkowita utrata śledziony	20
19.	Całkowita utrata jednej nerki	35
20.	Całkowita utrata obu nerek	75
21.	Całkowita utrata macicy	40
22.	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
23.	Całkowita utrata mowy	100
24.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100

WARUNKI UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Spółka: Europ Assistance S.A. **Produkt: Medical Assistance**

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach w szczególności w Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Medical Assistance" Ubezpieczenie Europ Assistance (OWU).

Jakiego rodzaju jest ubezpieczenie?

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oferowany produkt to ubezpieczenie z Działu II ubezpieczeń Osobowych, z grupy 18.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego usługi w zakresie assistance medycznego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

✓ Limit świadczeń:

- wizyta lekarza: 2 razy w roku; 500 PLN na zdarzenie
- transport medyczny: 2 razy w roku: 750 PLN na zdarzenie
- usługi rehabilitacyjne: 500 PLN

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów wizyty specjalisty zleconego przez Lekarza pierwszego kontaktu.

× Ubezpieczenie nie obejmuje ewentualnych kosztów zabiegów z użyciem specjalistycznych urządzeń (np. krioterapia, diatermia, elektroterapia, hydroterapia, laseroterapia, magnetoterapia).

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:

! zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,

! spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jeżeli miało to wpływ na zdarzenie,

! samobójstwem lub próbą samobójstwa,

! uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,

! umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie zamieszkałej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność,

! Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem powstałym w trakcie zwolnienia Lekarskiego lub urlopu wypoczynkowego, macierzyńskiego lub wychowawczego Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:

! chorobami przewlekłymi Ubezpieczonego,

! rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,

! Nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.

Centrum Assistance nie zorganizuje wizyty Lekarza w następujących sytuacjach:

! w przypadku, gdy stan chorego stanowi bezpośrednie zagrożenie jego życia lub zdrowia, wymaga natychmiastowej pomocy Lekarskiej i konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Centrum Assistance nie ponosi odpowiedzialności za niezasadne odstąpienie od zgłoszenia stanu zdrowia zagrażającego życiu do pogotowia ratunkowego,

! w przypadku zaostrzenia, następstw lub nowych objawów chorób, na które uprawniony wcześniej chorował,

! gdy porada Lekarza medycyny, Lekarza rodzinnego lub Lekarza internisty w domu pacjenta nie będzie wystarczająca do postawienia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia – w szczególności gdy okoliczności zachorowania wskazują, że konieczna będzie interwencja Lekarza specjalisty (np.: pediatry, neurologa, kardiologa, chirurga, laryngologa, ginekologa, okulisty, dermatologa), wykonania diagnostyki z użyciem sprzętu medycznego dostępnego w placówkach medycznych lub przeprowadzenia zabiegu medycznego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Rzeczpospolitej Polskiej.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+ 48 22 205 51 74**, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych w kraju i za granicą oraz podać następujące informacje:
  - numer Karty Klienta,
  - nazwę i adres firmy,
  - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - numer telefoniczny, pod którym Centrum Assistance może skontaktować się z Ubezpieczonym i osobami wyznaczonymi,
  - krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
  - wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji usług assistance.
- Ponadto Ubezpieczony powinien:
  - udzielić pracownikowi Centrum Assistance wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
  - udzielić specjaliście lub Lekarzowi przysłanemu przez Centrum Assistance wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
  - nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Assistance nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 12 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
  - współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

- Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
- Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

- Okres ubezpieczenia trwa 12 miesięcy lub wielokrotność tego okresu, jednakże nie dłużej niż 60 miesięcy i jest oznaczony na Karcie Klienta.
- W stosunku do każdego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem:
  - wskazanym na Karcie Klienta,
  - w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 3,
  - w dniu rozwiązania umowy zawartej z Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczonemu wydana została Karta Klienta.
- Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową do zakończenia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli rezygnacja z umowy ubezpieczenia nastąpiła w ciągu pierwszych 60 dni trwania ochrony, wówczas następuje pełny zwrot składki pod warunkiem, że w tym czasie Ubezpieczony nie zgłosił ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
„Medical Assistance”
Ubezpieczenie **Europ Assistance**

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia **„Medical Assistance”,** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r . w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	§3 i §5
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§7 i §8
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§6
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§4
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

WARUNKI UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego assistance na rzecz klientów Santander Leasing S.A. zawartej przez Europ Assistance S.A., zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, z Santander Leasing S.A. zwanymi dalej „Ubezpieczającym".

DEFINICJE
§ 2

Przez użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

1. **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul Wołoska 5, zajmująca się realizacją praw i obowiązków Ubezpieczyciela z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, a w tym realizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia
2. **Członkowie rodziny** – osoby bliskie, prowadzące z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe;
3. **Karta Klienta** – dokument potwierdzający objecie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
4. **Miejsce zamieszkania** – zgłoszone Ubezpieczycielowi miejsce zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium RP,
5. **Lekarz** – osoba posiadająca wymagane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, uprawniona do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca Członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego,
6. **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, którego objawy wystąpiły nie wcześniej niż w ciągu 12 godzin przed zgłoszeniem do Centrum Alarmowego oraz utrzymują się nadal w momencie zgłoszenia, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej i uniemożliwiający Ubezpieczonemu udanie się samodzielnie lub w asyście Członków rodziny do dyżurnej placówki medycznej w dniu zachorowania lub do rejonowej placówki medycznej w dniu następnym,
7. **Nieszczęśliwy wypadek** – Nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
8. **Rok ubezpieczeniowy** – każdy 12 miesięczny okres liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego lub rocznicy jej rozpoczęcia,
9. **Ubezpieczając**y – Santander Leasing S.A.,
10. **Ubezpieczony** – wskazana przez Ubezpieczającego osoba fizyczna, będąca Korzystającym w ramach umowy leasingu, pożyczki, dzierżawy lub innej o podobnym charakterze na maszyny rolnicze, zawartej z Ubezpieczającym oraz wspólnie zamieszkujący z Ubezpieczonym Członkowie jego rodziny, łącznie nie więcej, niż 5 osób,
11. **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A., spółka akcyjna prawa francuskiego, o kapitale zakładowym w wysokości 35.402.785 Euro, działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego usługi w zakresie assistance medycznego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem postanowień § 6.
2. Usługi wymienione w ust. 1, na zlecenie Ubezpieczyciela, zapewnia Centrum Alarmowe, której Ubezpieczony (lub w jego imieniu inna osoba) zobowiązany jest zgłosić zaistniałe zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia limitów dla poszczególnych świadczeń) kosztów usług, które zostały wymienione w niniejszych warunkach ubezpieczenia.

SKŁADKA
§4

1. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
2. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
§ 5

W przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania w Miejscu zamieszkania oraz w podróży w promieniu do 50 km od Miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe, z zastrzeżeniem postanowień § 6 i 8, organizuje:

1. **Wizytę Lekarza** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty Lekarza rodzinnego lub Lekarza internisty wyposażonego w podstawowy sprzęt do przeprowadzenia badania Lekarskiego (stetoskop, ciśnieniomierz, szpatułki) .
2. **Transport medyczny** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia pomocy.
3. **Wizytę u Lekarza specjalisty** – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Alarmowe zaleci wizytę u Lekarza specjalisty, Centrum Alarmowe zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi Ubezpieczony.
4. **Usługi rehabilitacyjne** – w przypadku zalecenia przez Lekarza prowadzącego stosowania zabiegów rehabilitacyjnych w celu przywrócenia pełnej sprawności lub poprawy sprawności Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pracy rehabilitanta do wysokości ustalonego limitu. Ewentualny koszt zabiegów z użyciem specjalistycznych urządzeń (np. krioterapia, diatermia, elektroterpia, hydroterapia, laseroterapia, magnetoterapia) nie wchodzi w zakres ubezpieczenia.

INFOLINIA MEDYCZNA

Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z Lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:

1. Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
2. Baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
3. Baza danych placówek medycznych (Lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni Lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarzy uprawnionych,
4. Baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
5. Baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
6. Baza danych placówek opieki społecznej,
7. Baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
8. Działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
9. Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
10. Informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
11. Informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
12. Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach,
13. Informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia lub samotnych matek,
14. Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
15. Informacja o ciąży,
16. Informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,

17. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
18. Instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych,
19. Profikatyka zachorowań na grypę,

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Alarmowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 6

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:
   1) zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,
   2) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jeżeli miało to wpływ na zdarzenie,
   3) samobójstwem lub próbą samobójstwa,
   4) uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
   5) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie zamieszkałej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność,
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
   1) nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem dziecka poniżej 12 miesiąca życia
   2) chorobami chronicznymi Ubezpieczonego,
   3) rekonwalescencją Ubezpieczonego lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
   4) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.
3. Centrum Alarmowe nie zorganizuje wizyty Lekarza w następujących sytuacjach:
   1) w przypadku gdy stan chorego stanowi bezpośrednie zagrożenie jego życia lub zdrowia, wymaga natychmiastowej pomocy Lekarskiej i konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za niezasadne odstąpienie od zgłoszenia stanu zdrowia zagrażającego życiu do pogotowia ratunkowego,
   2) w przypadku zaostrzenia, następstw lub nowych objawów chorób, na które uprawniony wcześniej chorował,
   3) gdy porada Lekarza medycyny, Lekarza rodzinnego lub Lekarza internisty w domu pacjenta nie będzie wystarczająca do postawienia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia – w szczególności gdy okoliczności zachorowania wskazują że konieczna będzie interwencja Lekarza specjalisty (np.: pediatry, neurologa, kardiologa, chirurga, laryngologa, ginekologa, okulisty, dermatologa), wykonania diagnostyki z użyciem sprzętu medycznego dostępnego w placówkach medycznych lub przeprowadzenia zabiegu medycznego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 7

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do jednego Ubezpieczonego trwa 12 miesięcy lub wielokrotność tego okresu, jednakże nie dłużej niż 60 miesięcy i jest oznaczony na Karcie Klienta.
2. W stosunku do każdego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem:
   1) wskazanym na Karcie Klienta,
   2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 3,
   3) w dniu rozwiązania umowy zawartej z Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczonemu wydana została Karta Klienta.
3. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową do zakończenia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa

LIMITY ŚWIADCZEŃ
§ 8

1. Koszty świadczeń pokrywane są do wysokości niżej określonych limitów.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzaj świadczenia	Limit na zdarzenie
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku	**Wizyta Lekarza** (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	500 PLN
	Transport medyczny (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	750 PLN
	Organizacja wizyty u Lekarza specjalisty	+
	Usługi rehabilitacyjne	500 PLN

TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM
§ 9

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+ 48 22 205 51 74**, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych w kraju i za granicą oraz podać następujące informacje:
   a) Numer Karty Klienta,
   b) imię i nazwisko,
   c) adres zamieszkania Ubezpieczonego (miejscowość, ulicę, numer domu/mieszkania),
   d) numer telefoniczny, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym i osobami wyznaczonymi,
   e) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
   f) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji usług assistance.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
   a) udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
   b) udzielić specjaliście lub Lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
   c) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 12 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
   d) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.
3. Centrum Alarmowe, po otrzymaniu zgłoszenia oraz niezbędnych do realizacji świadczenia informacji określonych w ust. 1 i 2 powyżej, przystępuje niezwłocznie do organizacji pomocy i świadczenia assistance, biorąc pod uwagę dyspozycje Ubezpieczonego i możliwości lokalne.
4. W przypadku, gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia assistance w okresie 12 godzin od zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia assistance przez inną osobę, Centrum Alarmowe dokona zwrotu Ubezpieczonemu uzasadnionych kosztów realizacji świadczenia w granicach limitów określonych w § 8, stosując ceny rynkowe w danym regionie RP.
5. Ubezpieczyciel może stosownie obniżyć wysokość zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczo-

nego, jeżeli z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił on o zdarzeniu i nie uzyskał uprzedniej zgody Ubezpieczyciela, nawet jeżeli są one objęte zakresem ubezpieczenia, a ich wysokość mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, o których mowa w § 8 niniejszych Warunków Ubezpieczenia, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia

6. Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, Centrum Alarmowe informuje Ubezpieczonego czy na podstawie przekazanych przez niego informacji uzasadnione jest zlecenie wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance, a w razie decyzji pozytywnej – zleca wykonanie takiej usługi.
7. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
8. Ubezpieczony może wnioskować o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Centrum Alarmowe.

REFUNDACJE
§ 10

1. Jeżeli świadczenia assistance wynikające z niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie zostały opłacone bezpośrednio przez Centrum Alarmowe a z okoliczności sprawy wynika, że Ubezpieczony z przyczyn obiektywnych nie był w stanie zgłosić zdarzenia do Centrum Alarmowego niezwłocznie po jego zajściu, Ubezpieczyciel dokonuje refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego uzasadnionych kosztów zgodnie z postanowieniami OWU.
2. Ubezpieczyciel dokona, na zasadzie refundacji i zgodnie z treścią zapłaconych przez Ubezpieczonego dowodów księgowych, w tym faktur VAT, zwrotu kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego w terminie do 30 dni od przedłożenia przez Ubezpieczonego całości dokumentacji (wniosku refundacyjnego, kopii dowodu rejestracyjnego wraz z oryginałami rachunków). Refundacja następuje w złotych polskich wg średniego kursu walut obcych NBP liczona na dzień ustalania odszkodowania. Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o refundację kosztów świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Alarmowego.
3. Rachunki oraz faktury z tytułu świadczeń, o których mowa w ust. 1, będą wystawiane na Ubezpieczonego chyba, że ustalenia stron będą inne.
4. Wnioski o refundację kosztów wraz z wymienionymi w nich wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Europ Assistance, będącego uprawnionym przedstawicielem Ubezpieczyciela:

   Zespół ds. Likwidacji Szkód
   Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
   ul. Wołoska 5, budynek TAURUS
   02-675 Warszawa
   refundacje@europ-assistance.pl
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część refundacji Europ Assistance wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

REKLAMACJE
§ 11

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
   a) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
   b) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu +(48) 22 205 50 31 albo osobiście pod adresem Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
   c) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: quality@europ-assistance.pl).
3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.

4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel informuje składającego reklamację o sposobie jej załatwienia w formie pisemnej, albo – jeśli składający reklamację wyrazi na to zgodę, pocztą elektroniczną.
6. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.), na adres korespondencyjny Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela lub - na wniosek Klienta - w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela.
7. Odpowiedź w postaci papierowej przesyłana jest jako rejestrowana przesyłka pocztowa.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 12

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekruacyjnej oraz Kodeksu cywilnego.
3. Niniejsze OWU obowiązują od dnia 01 października 2018 roku.

WARUNKI UBEZPIECZENIA OFFICE ASSISTANCE

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Spółka: Europ Assistance S.A. **Produkt: Office Assistance**

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach w szczególności w Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Office Assistance" Ubezpieczenie Europ Assistance (OWU).

Jakiego rodzaju jest ubezpieczenie?

Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oferowany produkt to ubezpieczenie z Działu II ubezpieczeń Osobowych, z grupy 18.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego usługi w zakresie pomocy technicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z poniższym zakresem.

✓ Limity świadczeń:

- interwencja specjalisty (hydraulik, elektryk, ślusarz, dekarz itp.): 3 razy w roku – 500 PLN na zdarzenie
- pomoc informatyka: 300 PLN
- pomoc serwisanta: 400 PLN

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

× Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów części zamiennych i materiałów

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:

! konserwacją mienia ruchomego lub stałych elementów znajdujących się w miejscu prowadzenia działaności gospodarczej,

! zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,

! szkodami górniczymi w rozumieniu prawa górniczego,

! szkodami powstałymi w wyniku rozłączenia lub przerwy w funkcjonowaniu urządzeń wodno-kanalizacyjnych, do naprawy których zobowiązane są właściwe służby publiczne lub administrator budynku,

! szkodami powstałymi wskutek zawilgocenia budynku i pomieszczeń w wyniku zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych poprzez dach, ściany, balkony, tarasy, okna lub niezabezpieczone otwory, jeżeli obowiązek konserwacji tych urządzeń instalacji czy elementów budynku należał do Ubezpieczonego,

! szkodami powstałymi wskutek przenikania wód gruntowych,

! skutkami działania materiałów rozszczepialnych,

! spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,

! samobójstwem lub próbą samobójstwa,

! uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,

! umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego.

Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są:

! usługi elektryka lub technika urządzeń grzewczych związane z uszkodzeniami: żarówek, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przełączników,

! usługi związane z uszkodzeniami kanalizacji, rur instalacyjnych, gazowych i wodociągowych oraz podziemnych linii energetycznych oraz wszystkich tych instalacji, za naprawę lub konserwacje których odpowiadają administracja mieszkania lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego,

! usługi związane z uszkodzeniami, o istnieniu których Ubezpieczony wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

! awarie w sprzęcie objętym gwarancją lub takim, za który na podstawie obowiązujących przepisów prawa odpowiedzialność ponosi sprzedawca oraz sprzęt którego wiek przekracza 5 lat. Świadczenie nie przysługuje, jeżeli awaria sprzętu nastąpiła wskutek nieprawidłowego użytkowania sprzętu, użycia niewłaściwych materiałów eksploatacyjnych lub nieprawidłowości software'u.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Rzeczpospolitej Polskiej.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

– W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+ 48 22 205 51 73**, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych w kraju i za granicą oraz podać następujące informacje:
  – numer Karty Klienta,
  – nazwę i adres firmy,
  – imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  – numer telefoniczny, pod którym Centrum Assistance może skontaktować się z Ubezpieczonym i osobami wyznaczonymi,
  – krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,

- wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji usług assistance.

– Ponadto Ubezpieczony powinien:
  - udzielić pracownikowi Centrum Assistance wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
  - udzielić specjaliście lub lekarzowi przysłanemu przez Centrum Assistance wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
  - nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Assistance nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 12 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
  - współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

– Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
– Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

– Okres ubezpieczenia trwa 12 miesięcy lub wielokrotność tego okresu, jednakże nie dłużej niż 60 miesięcy i jest oznaczony na Karcie Klienta.
– W stosunku do każdego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem:
  - wskazanym na Karcie Klienta,
  - w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 3,
  - w dniu rozwiązania umowy zawartej z Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczonemu wydana została Karta Klienta.
– Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową do zakończenia okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli rezygnacja z umowy ubezpieczenia nastąpiła w ciągu pierwszych 60 dni trwania ochrony, wówczas następuje pełny zwrot składki pod warunkiem, że w tym czasie Ubezpieczony nie zgłosił ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
„Office Assistance”
Ubezpieczenie **Europ Assistance**

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia „Office Assistance”, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania	§3 i §5
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§7 i §8
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§6
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§4
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

WARUNKI UBEZPIECZENIA OFFICE ASSISTANCE

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego assistance na rzecz klientów Santander Leasing S.A. zawartej przez Europ Assistance S.A., zwanym dalej „Ubezpieczycielem”, z Santander Leasing S.A. zwanym dalej „Ubezpieczającym".

DEFINICJE
§ 2

Przez użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

1. **Awaria sprzętu biurowego oraz sprzętu PC** – uszkodzenie uniemożliwiające prawidłowe korzystanie ze sprzętu biurowego, lub PC, zgodnie z instrukcją jego użytkowania,
1. **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul Wołoska 5, zajmująca się realizacją praw i obowiązków Ubezpieczyciela z tytułu zawartych umów ubezpieczenia, a w tym realizacją świadczeń assistance określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia
2. **Karta Klienta** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
3. **Kradzież z włamaniem** – dokonanie albo usiłowanie dokonania zaboru mienia z pomieszczeń po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otworzeniu wejścia przy użyciu narzędzi, albo podrobionego lub dopasowanego klucza, bądź klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rozboju,
4. **Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej** – adres siedziby przedsiębiorstwa Ubezpieczonego zgodnie z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego lub inny adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu w chwili zgłoszenia do ubezpieczenia, pod którym przedsiębiorstwo wykonuje działalność gospodarczą,
5. **Rok ubezpieczeniowy** – każdy 12 miesięczny okres liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego lub rocznicy jej rozpoczęcia,
6. **Rozbój** – zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej wobec ubezpieczonego albo doprowadzeniu go do stanu nieprzytomności lub bezbronności,
7. **Sprzęt biurowy** – następujące urządzenia znajdujące się w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej: kserokopiarka, drukarka, skaner, fax, niszczarka dokumentów, które nie są już objęte gwarancją producenta i których wiek nie przekracza 5-ciu lat,
8. **Sprzęt PC** – monitor i jednostka centralna, znajdujące się w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej, które nie są już objęte gwarancją producenta i których wiek nie przekracza 5-ciu lat,
9. **Stłuczenie szyby** – rozbicie nieuszkodzonych w chwili przyjęcia do ubezpieczenia szyb zamontowanych na stałe w miejscu pracy Ubezpieczonego zgodnie z ich przeznaczeniem,
10. **Ubezpieczając**y – Santander Leasing S.A.,
11. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca: właścicielem, współwłaścicielem, prokurentem, małego lub średniego przedsiębiorstwa (przedsiębiorstwo, którego obrót za ostatni zamknięty rok, na podstawie przedstawionych dokumentów, nie przekracza 10.000.000 PLN), wskazanym imiennie pracownikiem małego lub średniego przedsiębiorstwa, zatrudnionym na okres co najmniej 3 miesięcy,
12. **Ubezpieczyciel** – Europ Assistance S.A., spółka akcyjna prawa francuskiego, o kapitale zakładowym w wysokości 35.402.785 Euro, działająca w oparciu o przepisy francuskiego Kodeksu ubezpieczeń, z siedzibą w Gennevilliers, 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francja, zarejestrowana w Rejestrze Handlowym i Spółek w Nanterre pod nr 451 366 405,
13. **Zalanie** – szkody powstałe wskutek:
    1) wydostania się wody, pary lub płynów wskutek uszkodzenia urządzeń sieci wodociągowej, kanalizacyjnej lub grzewczej,
    2) wydostania się wody z urządzeń, takich jak pralki, wirówki, zmywarki na skutek ich awarii,
14. **Zdarzenia losowe** – pożar, uderzenie pioruna, wybuch, huragan, powódź, grad, lawina, zalanie, stłuczenie szyby, pośrednie uderzenie pioruna, uderzenie lub upadek statku powietrznego, uderzenie pojazdu mechanicznego, deszcz nawalny, trzęsienie ziemi, zapadanie się ziemi, wydostanie się dymu i sadzy

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego usługi określone w § 5 w zakresie pomocy technicznej w firmie.
2. Usługi wymienione w ust. 1, na zlecenie Ubezpieczyciela, zapewnia Centrum Alarmowe, któremu Ubezpieczony (lub w jego imieniu inna osoba) zobowiązany jest zgłosić zaistniałe zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega na zorganizowaniu i pokryciu (w granicach limitów na poszczególne świadczenia) kosztów usług, które zostały wymienione w niniejszych warunkach ubezpieczenia.

SKŁADKA
§4

1. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej każdorazowo określone są w Umowie ubezpieczenia.
2. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
§ 5

1. W razie uszkodzenia mienia w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej w wyniku wystąpienia zdarzenia losowego lub kradzieży z włamaniem, Centrum Alarmowe, z zastrzeżeniem postanowień § 5 i 7, zorganizuje:

   1) **Interwencję specjalisty** (ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza, murarza, szklarza, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych) – w celu usunięcia szkody Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz robocizny specjalisty odpowiedniego ze względu na rodzaj szkody w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej (z wyłączeniem kosztów części zamiennych i materiałów).
   2) **Pomoc informatyka** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny informatyka w celu naprawy sprzętu PC w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej, a jeżeli naprawa na miejscu nie jest możliwa, organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu do najbliższego serwisu naprawczego. Koszty naprawy w serwisie oraz koszty części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych pokrywa Ubezpieczony.
   3) **Pomoc serwisanta** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny serwisanta w celu naprawy sprzętu biurowego w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej, a jeżeli naprawa na miejscu nie jest możliwa, organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu do najbliższego serwisu naprawczego. Koszty naprawy w serwisie oraz koszty części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych pokrywa Ubezpieczony.

2. Na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe oferuje następujące usługi:

   1) **Informacja o sieci usługodawców** – jeżeli Ubezpieczony wyraża chęć skorzystania z sieci usługodawców, Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu informacje o firmach świadczących następujące usługi: naprawy sprzętu komputerowego i urządzeń biurowych, usługi ślusarskie, hydrauliczne, elektryczne, dekarskie, szklarskie, stolarskie, murarskie, malarskie, glazurnicze, parkieciarskie, dotyczące urządzeń i instalacji grzewczych i klimatyzacyjnych.

   2) **Infolinia prawna** – zgodnie z poniższym zakresem:

INFOLINIA PRAWNA	
Na życzenie Ubezpieczonego	**Telefoniczna informacja prawna-** informacja prawna dotycząca kwestii prawnych z zakresu życia codziennego udzielana przez prawników obejmująca: • prawo cywilne materialne • prawo ubezpieczeń gospodarczych (z wyłączeniem relacji klienta z Santander Leasing S.A. i Ubezpieczycielem) • prawo podatkowe dotyczące osób fizycznych • prawo pracy • prawo konsumenckie
	Przesyłanie drogą elektroniczną aktualnych aktów prawnych: • ustawy • rozporządzenia • uchwały
	Przesyłanie drogą elektroniczną wzorów umów cywilno-prawnych: • umowy sprzedaży • umowy najmu i dzierżawy • umowy pożyczki • umowy darowizny • umowy o pracę • umowy o dzieło • umowa zlecenia
	Udzielanie informacji teleadresowych dotyczących: • biur rachunkowych • sądów i prokuratur • kancelarii adwokackich • kancelarii radcowskich • kancelarii notarialnych • kacelarii doradców podatkowych • organów administracji publicznej
	Umawianie wizyt w kancelariach prawnych i biurach podatkowych

3) **Infolinie pracownicze** – Centrum Alarmowe udziela na życzenie Ubezpieczonego informacji zgodnie z listą poniżej:

INFOLINIA MEDYCZNA

i. Informacje w zakresie medycyny pracy, medycyny środowiskowej, zdrowia publicznego, higieny pracy, ochrony radiologicznej i ochrony przed promieniowaniem,
ii. Informacje w zakresie toksykologii i epidemiologii chorób zawodowych i innych skutków zdrowotnych związanych z ekspozycją na chemiczne, fizyczne i psychofizyczne czynniki szkodliwe w miejscu pracy,
iii. Informacje o patologiach zawodowych, profilaktyce chorób zawodowych i parazawodowych oraz diagnostyce i leczeniu ostrych zatruć,
iv. Informacje o profilaktycznych badaniach tj. : badania wstępne, okresowe, kontrolne, sanitarne, badania osób narażonych na promieniowanie, badania do świadectwa kwalifikacji, badania do prawa jazdy różnych kategorii,
v. Informacje o szczepieniach (przeciw grypie, przeciw żółtaczce WZWB itp.),
vi. Informacje o przepisach BHP,
vii. Informacje o kryteriach zdrowotnych warunkujący wybór zawodu oraz możliwości wykonywania pracy,
viii. Informacje o promocji zdrowia w miejscu pracy,
ix. Baza danych aptek na terenie całego kraju, adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
x. Informacje o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
xi. Informacje o placówkach mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
xii. Informacje o placówkach prywatnych proponujących usługi abonamentowe dla pracowników,

xiii. Informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
xiv. Informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
xv. Informacje farmaceutyczne o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
xvi. Informacje o placówkach medycznych i diagnostycznych na terenie kraju,
xvii. Informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach,
xviii. Informacje o placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
xix. Informacje o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci, osób molestowanych w miejscu pracy,
xx. Informacje o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej,
xxi. Informacje dla młodych pracujących matek dotyczące pielęgnacji niemowląt, chorób wieku dziecięcego,
xxii. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
xxiii. Informacje o przygotowaniach niezbędnych przed zabiegami medycznymi lub badaniami lekarskimi,
xxiv. Informacje o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
xxv. Informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy.

INFOLINIA GOSPODARCZA

i. Informacje o krajowych programach pomocowych dla małych i średnich przedsiębiorstw,
ii. Informacje o programach pomocowych Unii Europejskiej dla małych i średnich przedsiębiorstw,
iii. Informacje o kursach wymiany walut,
iv. Dane teleadresowe:
- Regionalnych Instytucji Finansujących (placówki partnerskie Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości),
- Punktów Konsultacyjno-Doradczych,
- Centrów Euro Info,
- Ośrodków Krajowego Systemu Usług dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw,
- Inspektoratów ZUS,
- Hoteli i centrów konferencyjnych,
- Instytucji zrzeszających przedsiębiorców, w tym izb gospodarczych,
- Polskich i obcych placówek dyplomatycznych i konsularnych oraz ich wydziałów ekonomicznych,

v. Informacje o targach i konferencjach organizowanych dla przedsiębiorców w kraju i za granicą.

4) **Serwis Concierge** – usługi polegające na organizacji dowolnych usług na życzenie Ubezpieczonego. Koszty usług (bez organizacji) spoczywają na Kliencie i są mu każdorazowo przedstawiane do autoryzacji telefonicznie przed wykonaniem usług. W ramach serwisu Concierge Centrum Alarmowe zorganizuje w szczególności:
i. Dostawę pod wskazany adres kwiatów, zakupów i in.,
ii. Rezerwację, organizację, dostawę pod wskazany adres biletów do kin, teatrów, opery oraz na imprezy sportowe i kulturalne,
iii. Wypoczynek w wybranym miejscu na świecie (rezerwacja hotelu, pensjonatu, wycieczki, biletów lotniczych, kolejowych),
iv. Rezerwację sal konferencyjnych w centrum biznesowym lub hotelu,
v. Rezerwację stolików w wybranej restauracji,
vi. Rezerwację w klubie sportowym,
vii. Rezerwację w stacji obsługi pojazdów,
viii. Poradę architekta oraz projektanta wnętrz,
ix. Rezerwację w klubie fitness oraz wynajęcia osobistego trenera, wizyty w gabinetach odnowy biologicznej, u fryzjera, wizażysty, stylisty, kosmetyczki wyjazdów do ośrodków SPA,
x. Wynajęcie oraz podstawienie limuzyny z kierowcą,
xi. Wynajęcie oraz podstawienie samochodu zastępczego,
xii. Tłumaczenie pisemnego i ustnego,

xiii. Opiekę dla dzieci,
xiv. Profesjonalną ochronę domu,
xv. Usługi drobnej pomocy domowej,
xvi. Usługi samochodowe: mycie, konserwacja, naprawa, przeglądy,

Koszty usług Concierge, pokrywa Klient bezpośrednio u usługodawcy.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 6

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:
   1) konserwacją mienia ruchomego lub stałych elementów znajdujących się w miejscu prowadzenia działaności gospodarczej,
   2) zamieszkami, rozruchami, aktami terroru, wojną domową lub międzynarodową, strajkami,
   3) szkodami górniczymi w rozumieniu prawa górniczego,
   4) szkodami powstałymi w wyniku rozłączenia lub przerwy w funkcjonowaniu urządzeń wodno-kanalizacyjnych, do naprawy których zobowiązane są właściwe służby publiczne lub administrator budynku,
   5) szkodami powstałymi wskutek zawilgocenia budynku i pomieszczeń w wyniku zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych poprzez dach, ściany, balkony, tarasy, okna lub niezabezpieczone otwory, jeżeli obowiązek konserwacji tych urządzeń instalacji czy elementów budynku należał do Ubezpieczonego,
   6) szkodami powstałymi wskutek przenikania wód gruntowych,
   7) skutkami działania materiałów rozszczepialnych,
   8) spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
   9) samobójstwem lub próbą samobójstwa,
   10) uczestnictwem Ubezpieczonego w bójce z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
   11) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego.
2. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są:
   1) usługi elektryka lub technika urządzeń grzewczych związane z uszkodzeniami: żarówek, bezpieczników, przedłużaczy, gniazdek elektrycznych, przełączników,
   2) usługi związane z uszkodzeniami kanalizacji, rur instalacyjnych, gazowych i wodociągowych oraz podziemnych linii energetycznych oraz wszystkich tych instalacji, za naprawę lub konserwacje których odpowiadają administracja mieszkania lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego,
   3) usługi związane z uszkodzeniami, o istnieniu których Ubezpieczony wiedział przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
   4) awarie w sprzęcie objętym gwarancją lub takim, za który na podstawie obowiązujących przepisów prawa odpowiedzialność ponosi sprzedawca oraz sprzęt którego wiek przekracza 5 lat. Świadczenie nie przysługuje, jeżeli awaria sprzętu nastąpiła wskutek nieprawidłowego użytkowania sprzętu, użycia niewłaściwych materiałów eksploatacyjnych lub nieprawidłowości software’u.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI
§ 7

1. Okres ubezpieczenia trwa 12 miesięcy lub wielokrotność tego okresu, jednakże nie dłużej niż 60 miesięcy i jest oznaczony na Karcie Klienta.
2. W stosunku do każdego Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem:
   1) wskazanym na Karcie Klienta,
   2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 3,
   3) w dniu rozwiązania umowy zawartej z Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczonemu wydana została Karta Klienta.
3. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa za cały okres ubezpieczenia.

LIMITY ŚWIADCZEŃ
§ 8

1. Koszty świadczeń pokrywane są do wysokości niżej określonych limitów.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Rodzaj świadczenia	Limit na zdarzenie
Uszkodzenie mienia w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej wskutek zdarzenia losowego lub kradzieży z włamaniem	**Interwencja specjalisty** (hydraulik, elektryk, ślusarz, dekarz itp.) (3 razy w roku ubezpieczeniowym)	500 PLN
Awaria sprzętu PC w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej	**Pomoc informatyka** (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	300 PLN
Awaria sprzętu biurowego w miejscu prowadzenia działalności gospodarczej	**Pomoc serwisanta** (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	400 PLN
Na życzenie Ubezpieczonego	**Informacja o sieci usługodawców**	+
	Infolinie pracownicze	+
	Infolinia prawna (2 razy w roku ubezpieczeniowym)	+
	Serwis Concierge	+

TRYB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM
§ 8

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczony powinien niezwłocznie (przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie) skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **+ 48 (22) 205 51 73**, czynnym całą dobę, dostępnym z telefonów komórkowych i stacjonarnych w kraju i za granicą oraz podać następujące informacje:
   a) Numer Karty Klienta,
   b) nazwę i adres firmy,
   c) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
   d) numer telefoniczny, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym i osobami wyznaczonymi,
   e) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
   f) wszelkie inne informacje niezbędne do realizacji usług assistance.
2. Ponadto Ubezpieczony powinien:
   a) udzielić pracownikowi Centrum Alarmowego wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń Ubezpieczyciela,
   b) udzielić specjaliście lub lekarzowi przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
   c) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba, że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 12 godzin od zawiadomienia o szkodzie (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną

osobę,
d) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania zobowiązania.

3. Centrum Alarmowe, po otrzymaniu zgłoszenia oraz niezbędnych do realizacji świadczenia informacji określonych w ust. 1 i 2 powyżej, przystępuje niezwłocznie do organizacji pomocy i świadczenia assistance, biorąc pod uwagę dyspozycje Ubezpieczonego i możliwości lokalne.
4. W przypadku, gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia assistance w okresie 12 godzin od zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia assistance przez inną osobę, Centrum Alarmowe dokona zwrotu Ubezpieczonemu kosztów realizacji świadczenia do wysokosci limitów określonych w § 7, stosując ceny rynkowe w danym regionie RP.
5. Ubezpieczyciel może stosownie obniżyć wysokość świadczenia na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli ten z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązkóa., o których mowa w ust 1-2 powyżej, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia
6. Warunkiem dokonania naprawy jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego roku produkcji uszkodzonego sprzętu poprzez przedstawienie dowodu zakupu, gwarancji lub innego dokumentu potwierdzającego wiek sprzętu.
7. Jeżeli brak jest podstaw do wykonania usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia assistance lub może być ona świadczona w innym zakresie niż określony w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczonemu przekazywana jest informacja ze wskazaniem okoliczności i podstaw prawnych uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wykonania usługi.
8. Ubezpieczony może wnioskować o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Centrum Alarmowe.

REFUNDACJE
§ 9

1. Jeżeli świadczenia assistance wynikające z niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie zostały opłacone bezpośrednio przez Centrum Alarmowe a z okoliczności sprawy wynika, że Ubezpieczony z przyczyn obiektywnych nie był w stanie zgłosić zdarzenia do Centrum Alarmowego niezwłocznie po jego zajściu, Ubezpieczyciel dokonuje refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego uzasadnionych kosztów zgodnie z postanowieniami OWU.
2. Ubezpieczyciel dokona, na zasadzie refundacji i zgodnie z treścią zapłaconych przez Ubezpieczonego dowodów księgowych, w tym faktur VAT, zwrotu kosztów świadczeń poniesionych przez Ubezpieczonego w terminie do 30 dni od przedłożenia przez Ubezpieczonego całości dokumentacji (wniosku refundacyjnego, kopii dowodu rejestracyjnego wraz z oryginałami rachunków). Refundacja następuje w złotych polskich wg średniego kursu walut obcych NBP liczona na dzień ustalania odszkodowania. Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o refundację kosztów świadczeń niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Alarmowego.
3. Rachunki oraz faktury z tytułu świadczeń, o których mowa w ust. 1, będą wystawiane na Ubezpieczonego chyba, że ustalenia stron będą inne.
4. Wnioski o refundację kosztów wraz z wymienionymi w nich wymaganymi dokumentami, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Europ Assistance, będącego uprawnionym przedstawicielem Ubezpieczyciela:

Zespół ds. Likwidacji Szkód
Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
ul. Wołoska 5, budynek TAURUS
02-675 Warszawa
refundacje@europ-assistance.pl

5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część refundacji Europ Assistance wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

REKLAMACJE
§ 10

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de contrôle prudentiel.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
   a) w formie pisemnej (przesyłką pocztową na adres Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),

b) ustnie (telefonicznie pod numerem telefonu + 48 (22) 205 51 73 albo osobiście pod adresem Europ Assistance Polska Sp. z o.o., 02-675 Warszawa, ul. Wołoska 5 „Dział Jakości”),
c) w formie elektronicznej (e-mailem pod adresem: quality@europ-assistance.pl)

3. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Europ Assistance co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości refundacji kosztów świadczeń, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Ubezpieczyciela.
4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku Ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, przy czym nie może on przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Ubezpieczyciel informuje składającego reklamację o sposobie jej załatwienia w formie pisemnej, albo – jeśli składający reklamację wyrazi na to zgodę, pocztą elektroniczną.
6. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19.08.2011 o usługach płatniczych (Dz.U. z 2014, poz. 873 ze zm.), na adres korespondencyjny Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela lub - na wniosek Klienta - w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej Klienta podany do wiadomości Ubezpieczyciela.
7. Odpowiedź w postaci papierowej przesyłana jest jako rejestrowana przesyłka pocztowa.
8. Ubezpieczony będący konsumentem ma prawo zwrócić się o rozwiązanie sporu wynikającego z umowy ubezpieczenia w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich do Rzecznika Finansowego - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, (informacje odnośnie organu administracji Rzecznika Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.rzf.gov.pl) albo do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje odnośnie Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego są dostępne na stronie internetowej www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 11

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekruacyjnej oraz Kodeksu cywilnego.
3. Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 01 października 2018 roku.

Ubezpieczenie ochrony prawnej Leasing Ochrona Prawna

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Concordia Polska TUW Produkt: Ochrona Prawna dla leasingobiorców

Niniejszy dokument zawiera wyłącznie ogólne informacje o produkcie. Pełne informacje zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia doręczanych przed zawarciem Umowy i dostępnych na stronie **www.concordiaubezpieczenia.pl**.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie ochrony prawnej Leasing Ochrona Prawna (grupa 17) chroni Ubezpieczonego przed ryzykiem prowadzenia sporów prawnych. Ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów związanych z prowadzeniem sporów prawnych.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ W razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Ubezpieczyciel podejmie starania i poniesie koszty w celu umożliwienia ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, jeśli tylko jest to niezbędne.

✓ Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące rodzaje świadczeń:

1) ochrona prawna przy dochodzeniu odszkodowań,
2) ochrona prawna umów w związku z ubezpieczonym pojazdem,
3) ochrona prawna w sprawach karnych
4) ochrona prawna w sprawach związanych z prawem jazdy i dowodem rejestracyjnym,
5) ochrona prawna w sprawach podatkowych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

✘ postępowania w związku z zarzutem naruszenia zakazu postoju, zakazu zatrzymywania się albo też postępowania w związku z parkowaniem pojazdu w sposób niezgodny z przepisami miejscowymi.

✘ spowodowania zdarzenia objętego ubezpieczeniem umyślnie i bezprawnie (jednak nie dotyczy to wykroczeń).

✘ odszkodowań, które musi zapłacić Ubezpieczony, grzywien, kar administracyjnych lub sądowych, innych kar pieniężnych, podatków ani innych podobnych opłat natury publicznoprawnej

✘ ochrony interesów prawnych w związku ze sporem ubezpieczonego z ubezpieczającym.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! koszty poręczenia majątkowego w postępowaniu karnym objęte są limitem odpowiedzialności w wysokości 35 000 zł

! ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zdarzeń, które wystąpiły przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie zdarzenia objęte ubezpieczeniem, zaistniałe na terenie Europy, w państwach basenu Morza Śródziemnego, na Wyspach Kanaryjskich i na Maderze, jeżeli dane zdarzenie podlega jurysdykcji tych państw.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Obowiązki w przypadku powstania szkody

— niezwłoczne poinformowanie Ubezpieczyciela o zaistnieniu i okolicznościach zdarzenia objętego ubezpieczeniem, przekazanie korespondencji dotyczącej tego zdarzenia, wskazanie, a na żądanie Ubezpieczyciela oddanie mu do dyspozycji istniejących dowodów, a także przekazanie Ubezpieczycielowi wszelkich dokumentów związanych ze zdarzeniem

— uzyskanie pisemnej zgody Ubezpieczyciela na ustanowienie określonego pełnomocnika, udzielenie takiej osobie pełnomocnictwa, poinformowanie ją wyczerpująco i zgodnie z prawdą o okolicznościach sprawy, wskazanie dowodów, udzielenie niezbędnych informacji i dostarczenie odpowiednich dokumentów

— na żądanie Ubezpieczyciela poinformowanie go o stanie sprawy oraz w razie konieczności przedsięwzięcie niezbędnych kroków w celu dalszego wyjaśnienia stanu faktycznego

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie wobec Ubezpieczającego. Sposób i terminy płatności składki wskazywane są w dokumencie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Objęcie ubezpieczonego ochroną wynikającą z niniejszej umowy ubezpieczenia następuje każdorazowo od dnia zgłoszenia danego pojazdu do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, nie wcześniej jednak niż z chwilą rejestracji pojazdu przez Ubezpieczającego.

Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy lub cały okres leasingu.

Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszej umowy ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego wygasa:

— z upływem okresu ubezpieczenia,
— z chwilą kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub wystąpienia szkody całkowitej, z tym, że Uprawnionemu przysługują w związku z tym zdarzeniem wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia,
— z chwilą rozwiązania lub zakończenia umowy leasingu,
— z chwilą przeniesienia własności ubezpieczonego pojazdu na dotychczasowego użytkownika, chyba że przeniesienie nastąpi łącznie z przekazaniem uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia.

Jak rozwiązać Umowę?

Umowa ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego ulega rozwiązaniu wskutek:

— odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego
— kradzieży ubezpieczonego pojazdu
— przeniesienia własności ubezpieczonego pojazdu

WARUNKI SZCZEGÓLNE UBEZPIECZENIA OCHRONY PRAWNEJ (SWU) DLA LEASINGOBIORCÓW / POŻYCZKOBIORCÓW

Załącznik nr 1 do Generalnej Umowy Ubezpieczenia Ochrony Prawnej „OP" z dnia 15 kwietnia 2009 roku. Niniejsze SWU obowiązują w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.01.2016 roku.

Wykaz postanowień umownych – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

Warunki Szczególne Ubezpieczenia Ochrony Prawnej (SWU) dla Leasingobiorców / Pożyczkobiorców – Santander Leasing	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot ubezpieczenia	§ 2
Zdarzenie / wypadek ubezpieczeniowy	§ 9
Zakres ubezpieczenia (w tym możliwe rozszerzenia)	§ 2; § 4; § 7; § 8; § 9; § 18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia odpowiedzialności	§ 4 ust. 2; § 5; § 8 ust. 2; § 9 ust. 5 i 6; § 12
Obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego i konsekwencje ich niewykonania	§ 10; § 13
Suma ubezpieczenia / suma gwarancyjna oraz ewentualne podlimity odpowiedzialności	§ 6

I. Rozdział ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 ZAKRES WARUNKÓW

Niniejsze warunki ubezpieczenia są integralnym załącznikiem do Generalnej Umowy Ubezpieczenia Ochrony Prawnej OP zawartej pomiędzy Snatander Leasing SA (dalej jako Santander L), a Concordia Polska TUW (dalej jako Towarzystwo) w dniu 15 kwietnia 2009 roku.

ROZDZIAŁ II UBEZPIECZENIE OCHRONY PRAWNEJ PRZEPISY OGÓLNE

§ 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem Towarzystwo podejmie starania i poniesie koszty w celu umożliwienia ochrony interesów prawnych ubezpieczonego, jeśli tylko jest to niezbędne.
2. Ochronę interesów prawnych ubezpieczonego uważa się za niezbędną, jeżeli w danej sprawie nie zachodzą przesłanki określone w § 12 ust. 1 niniejszych warunków.
3. Ochrona ubezpieczeniowa może obejmować pojazdy nowe oraz używane.
4. Szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej został określony w § 18.

§ 3 DEFINICJE

Użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia pojęcia oznaczają:

1) **pojazdy mechaniczne** - pojazdy silnikowe w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorowery, przyczepy oraz wszelkie inne pojazdy napędzane silnikiem, przeznaczone do użytku na drogach lądowych, na wodzie i w powietrzu; a także pojazdy wolnobieżne (wózki widłowe, itp.) które zgodnie z decyzją Santander L ubezpieczane są w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych;
2) **umowa leasingu** - umowa leasingu, najmu, dzierżawy, pożyczki lub car fleet management której przedmiotem jest pojazd mechaniczny zawarta przez ubezpieczonego z Santander L zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi przepisami Santander L;
3) **leasingobiorca** - podmiot, będący stroną umowy leasingu zawartej z Santander L zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi przepisami Santander L;
4) **ubezpieczony** - leasingobiorca, który w skuteczny sposób przystąpił do ubezpieczenia ochrony prawnej dla leasingobiorców –OP, na zasadach określonych w niniejszych warunkach;
5) **umowa ubezpieczenia** - Generalna Umowa Ubezpieczenia Ochrony Prawnej OP zawartą pomiędzy Santander L a Towarzystwem;
6) **ubezpieczony pojazd** – pojazd mechaniczny użytkowany przez leasingobiorcę w ramach umowy leasingu, którego ma dotyczyć ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszych warunków i który został skutecznie zgłoszony do ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi warunkami. Warunkiem skutecznego zgłoszenia pojazdu do ubezpieczenia oraz przystąpienia do ubezpieczenia jest jednoczesne podanie numeru rejestracyjnego ubezpieczonego pojazdu;
7) **adwokat** - adwokat albo radca prawny zgodnie z odpowiednimi przepisami obowiązującymi w tym zakresie. Do zagranicznych podmiotów uprawnionych do świadczenia pomocy prawnej stosuje się odpowiednio postanowienia SWU dotyczące adwokatów. Ustanowiony przez ubezpieczonego adwokat musi spełniać następujące warunki:
   a) wykonywać zawód w miejscowości, w której ma siedzibę właściwy dla rozpatrzenia danej sprawy sąd (o ile sprawa nie toczy się w II. instancji),
   b) jeśli odpowiednie przepisy tak stanowią, być uprawniony do występowania przed danym sądem;
8) **koszty wynagrodzenia adwokata** – wynagrodzenie adwokata pokrywane według następujących zasad:
   a) dla kosztów zastępstwa prawnego świadczonego przez adwokata na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przyjmuje się za należne kwoty nie większe niż wyznaczone na podstawie odpowiednich przepisów prawa w sprawie opłat za czynności adwokatów,
   b) dla kosztów zastępstwa prawnego świadczonego przez uprawnionego prawnika na terytorium innych państw stosuje się stawki ustawowe przewidziane za daną czynność w danym systemie prawnym,
   c) w razie braku w danym państwie regulacji prawnej dotyczącej wysokości stawek, lub w przypadku, gdy prawodawstwo danego kraju dopuszcza uznanie w kształtowaniu tych stawek w obrocie, wynagrodzenie za świadczenie określonego typu usługi prawnej nie może być wyższe od średnich stawek obowiązujących w danym kraju,
   d) jeżeli ochrona interesów prawnych ubezpieczonego dotyczy wyłącznie postępowania przedsądowego, Towarzystwo przejmuje koszty wynagrodzenia adwokata do wysokości stawki minimalnej, ustalonej według zasad określonych w przepisach, stanowiących podstawę do zasądzania przez sądy kosztów zastępstwa prawnego. Odpowiednio stosuje się postanowienia punktów b) – c), z tym że w przypadku, gdy w danym państwie istnieje system opłat za czynności adwokackie w postępowaniu przedsądowym, stosuje się te przepisy. Koszty przedsądowej ochrony prawnej zaliczane są na poczet kosztów w postępowaniu sądowym,
   e) Towarzystwo może wskazać ubezpieczonemu adwokata, ale ubezpieczony ma prawo swobodnego wyboru adwokata wynagradzanego według zasad określonych w punktach a-d). Ubezpieczony może też wybrać podmiot rozliczający się w sposób odmienny od powyższych zasad. W takim wypadku Towarzystwo zwraca koszty wynagrodzenia takiego podmiotu, w wysokości nie większej niż ustalona według zasad określonych w pkt a) - d);
   f) W przypadku konieczności ochrony praw ubezpieczonego za granicą Towarzystwo pokrywa koszty 2 pełnomocników – jednego w Polsce, drugiego za granicą; W przypadku konieczności sądowej ochrony praw ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, ale poza miejscem siedziby lub zamieszkania ubezpieczonego, Towarzystwo pokrywa koszty 2 pełnomocników – jednego w miejscu siedziby (zamieszkania), drugiego w miejscu, gdzie toczy się postępowanie;
   g) W uzasadnionych przypadkach zamiast adwokata Towarzystwo pokrywa na zasadach określonych w punktach a) - f) koszty innego niż adwokat profesjonalnego podmiotu, zajmującego się dochodzeniem roszczeń ubezpieczeniowych, o ile nie narusza to praw ubezpieczonego lub Towarzystwa.
9) **koszty podróży ubezpieczonego w obie strony do sądu zagranicznego, jeżeli stawiennictwo ubezpieczonego było obowiązkowe:**
   a) koszt przejazdu koleją w wagonie drugiej klasy, albo
   b) koszt przelotu samolotem liniowym w klasie ekonomicznej, jeżeli odległość wynosi ponad 1500 km,
   c) koszt przejazdu własnym samochodem zgodnie z przepisami o podróżach służbowych obowiązującymi w dniu rozpoczęcia podróży. Koszty te pokrywane są do wysokości kosztów przewidzianych dla podróży na podstawie pkt. a) lub b), w zależności od odległości wskazanych w tych punktach.
   d) koszty należnych diet i koszty noclegu zgodnie z przepisami o podróżach służbowych obowiązujących w dniu rozpoczęcia podróży.
10) **koszty usług rzeczoznawców w zakresie wyceny ubezpieczonego pojazdu** – rzeczoznawca może być wybrany jedynie z listy referencyjnej opracowanej przez Towarzystwo; koszty rzeczoznawcy pokrywane będą w przypadku, jeżeli w danej

sprawie ustalenie wartości pojazdu niezbędne jest do sformułowania szczegółowych roszczeń bądź wytoczenia powództwa;

11) **Uprawniony** – Ubezpieczony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia; Wszelkie postanowienia niniejszych SWU dotyczące Ubezpieczonego stosuje się również do pozostałych osób Uprawnionych;
12) **ochrona prawna przy dochodzeniu odszkodowań** – dochodzenie wszelkich roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych, których następstwem jest szkoda osobowa, rzeczowa albo majątkowa, a które nie wynikają z czynności prawnej (roszczenia odszkodowawcze z tytułu czynów niedozwolonych). Za roszczenia z tytułu czynów niedozwolonych uważa się także roszczenia, w związku z odpowiedzialnością za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny;
13) **ochrona prawna umów związanych z ubezpieczonymi pojazdami** – ochrona interesów prawnych wynikających z umów i praw rzeczowych, pozostających w związku z ubezpieczonym pojazdem;
14) **ochrona prawna w sprawach karnych** – obrona w postępowaniu karnym w związku z zarzutem popełnienia przestępstwa albo wykroczenia. W przypadku kary pozbawienia wolności lub grzywny przekraczającej 1000 PLN, ubezpieczenie obejmuje dodatkowo, przy każdym zdarzeniu objętym ubezpieczeniem, łącznie nie więcej niż 2 wnioski: o ułaskawienie, odroczenie wykonania kary, warunkowe przedterminowe zwolnienie lub rozłożenie spłaty na raty;
15) **ochrona prawna w sprawach związanych z prawem jazdy i dowodem rejestracyjnym** – ochrona interesów prawnych w postępowaniu w przypadku zatrzymania prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego;
16) **ochrona prawna w sprawach podatkowych** – sądowa ochrona interesów prawnych w sprawach związanych ze wszelkimi kwestiami z zakresu prawa podatkowego, związanych z ubezpieczonym pojazdem.

§ 4 USTALENIE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Towarzystwo refunduje w zakresie zagwarantowanym w warunkach ubezpieczenia następujące koszty:
   1) koszty wynagrodzenia jednego adwokata,
   2) koszty sądowe, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych w postępowaniu sądowym oraz koszty postępowania egzekucyjnego,
   3) koszty usług rzeczoznawców w zakresie wyceny ubezpieczonego pojazdu,
   4) koszty postępowania sądu polubownego aż do zakończenia postępowania o stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego, do wysokości 150 % kosztów sądowych, które powstałyby przed właściwym państwowym sądem pierwszej instancji,
   5) opłaty i koszty w postępowaniu przed organami administracji państwowej i samorządowej, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych w tym postępowaniu oraz koszty egzekucji administracyjnej,
   6) koszty ochrony interesów prawnych strony przeciwnej, o ile ubezpieczony na mocy prawomocnego orzeczenia sądu zobowiązany jest do ich pokrycia,
   7) koszty poręczenia majątkowego przewidzianego dla uniknięcia tymczasowego aresztowania w formie nieoprocentowanej pożyczki, z zastrzeżeniem postanowień § 13 niniejszych warunków,
   8) koszty notarialne za wymagane przez prawo czynności notarialne,
   9) koszty tłumaczenia dokumentów potrzebnych do ochrony interesów prawnych ubezpieczonego za granicą,
   10) koszty podróży ubezpieczonego w obie strony do sądu zagranicznego, jeżeli stawiennictwo ubezpieczonego było obowiązkowe.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   1) kosztów ugodowego załatwienia sprawy, jeżeli koszty te nie odpowiadają stosunkowi, w jakim uwzględnione zostały roszczenia stron, oraz kosztów, do których poniesienia ubezpieczony nie był zobowiązany w danym stanie prawnym,
   2) kosztów postępowania egzekucyjnego podjętego na podstawie więcej niż trzech tytułów wykonawczych oraz w przypadku, gdy postępowanie o nadanie klauzuli wykonalności wszczęte zostanie po upływie 3 (trzech) lat od uzyskania tytułu egzekucyjnego,
   3) kosztów, do których poniesienia zobowiązana jest inna osoba niż ubezpieczony,
   4) kosztów, które ubezpieczony musi ponieść tylko dlatego, że jego przeciwnik wystąpił z powództwem wzajemnym albo też przedstawił zarzut potrącenia, a ochrona przed tymi roszczeniami nie jest objęta ubezpieczeniem albo też koszty te zobowiązana jest ponieść osoba trzecia,
   5) odszkodowań, które musi zapłacić ubezpieczony, grzywien, kar administracyjnych lub sądowych, innych kar pieniężnych, podatków ani innych podobnych opłat natury publicznoprawnej.

§ 5 WYŁĄCZENIA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje ochrony interesów prawnych:
   1) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautem i trzęsieniami ziemi,
   2) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej,
   3) z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych i prawa karnego skarbowego, z zastrzeżeniem postanowień § 18 ust. 3 pkt. 5 niniejszych warunków,
   4) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi,
   5) w związku z postępowaniem układowym, upadłościowym lub naprawczym, które zostało albo ma zostać wszczęte w stosunku do ubezpieczonego,
   6) w postępowaniu w związku z zarzutem naruszenia zakazu postoju, zakazu zatrzymywania się albo też w postępowaniu w związku z parkowaniem pojazdu w sposób niezgodny z przepisami miejscowymi,
   7) jeżeli koszty ochrony tych interesów prawnych są pokryte z innej umowy ubezpieczenia, zawartej na wcześniejszy lub późniejszy okres ubezpieczenia,
   8) jeżeli ubezpieczony pojazd użytkowany był w chwili wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego jako taksówka lub pojazd przeznaczony do wypożyczania (rent a car)
   9) w związku ze sporami ubezpieczonych z ubezpieczającym,
   10) w związku z odpowiedzialnością podatkową osób trzecich.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ochrony interesów prawnych:
   1) jeśli ubezpieczony spowodował zdarzenie objęte ubezpieczeniem umyślnie i bezprawnie; postanowienie to nie dotyczy wykroczeń,
   2) w zakresie roszczeń, które zostały przeniesione na ubezpieczonego po zaistnieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem; postanowienie to nie dotyczy roszczeń przeniesionych przez Santander L na danego ubezpieczonego w związku z ubezpieczonym pojazdem,
   3) w zakresie roszczeń osób trzecich, których ubezpieczony dochodzi we własnym imieniu,
   4) w zakresie roszczeń wobec Towarzystwa albo działającego w jego imieniu podmiotu zajmującego się likwidacją szkód, jeżeli roszczenia te wynikają z umowy ubezpieczenia ochrony prawnej,
   5) jeżeli w momencie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem przez okres przekraczający 30 dni:
      a) ubezpieczony jako kierujący pojazdem nie posiadał wymaganego przez przepisy prawa jazdy,
      b) ubezpieczony jako kierujący prowadził pojazd bez wymaganego zezwolenia albo świadectwa kwalifikacji,
      c) pojazd, którym kierował ubezpieczony lub którego ubezpieczony był pasażerem, nie był zarejestrowany albo też nie posiadał aktualnych badań technicznych.
3. Jeżeli ubezpieczonemu zarzuca się:
   1) popełnienie przestępstwa, innego niż określone w pkt. 2), ochrona ubezpieczeniowa przysługuje tylko w przypadku, gdy jest to występek, który można popełnić zarówno umyślnie jak i nieumyślnie. Bez znaczenia jest przy tym zasadność postawionego zarzutu lub wynik postępowania karnego. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje tak długo, jak długo ubezpieczonemu zarzucana jest nieumyślność i nie zostanie on prawomocnie skazany za przestępstwo umyślne;
   2) popełnienie przestępstwa komunikacyjnego, ochrona ubezpieczeniowa nie przysługuje tylko w przypadku, gdy zostanie prawomocnie stwierdzone, że ubezpieczony popełnił przestępstwo umyślne.

§ 6 SUMA UBEZPIECZENIA

Strony ustalają sumę ubezpieczenia w wysokości 50.000 zł stanowiącą limit odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do każdego wypadku w okresie ubezpieczenia w stosunku do każdego ubezpieczonego, przy czym sublimit przeznaczony na poręczenie majątkowe (kaucję) wynosi 35.000 zł.

§ 7 ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie zdarzenia objęte ubezpieczeniem, zaistniałe na terenie Europy, w państwach basenu Morza Śródziemnego, na Wyspach Kanaryjskich i na Maderze, jeżeli dane zdarzenie podlega jurysdykcji tych państw.

§ 8 PRAWA OSÓB TRZECICH

1. Jeśli osobom trzecim z mocy ustawy przysługują roszczenia odszkodowawcze w wyniku śmierci ubezpieczonego, ubezpieczenie obejmuje również dochodzenie tych roszczeń.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje ochrony interesów prawnych osób ubezpieczonych w sporach miedzy sobą. Postanowienia to nie dotyczy przypadków, gdy spór pomiędzy ubezpieczonymi dotyczy zderzenia lub kolizji ubezpieczonych pojazdów (objętych ubezpieczeniem na podstawie umowy ubezpieczenia pomiędzy Santander L a Towarzystwem), użytkowanych przez ubezpieczonych.

§ 9 ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM, KARENCJA

1. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia.
2. Przy dochodzeniu przez ubezpieczonego roszczeń z tytułu czynów niedozwolonych (ochrona prawna przy dochodzeniu odszkodowań), zdarzeniem uzasadniającym żądanie spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, jest wystąpienie szkody, skutkującej powstaniem roszczenia.
3. W przypadku, gdy ubezpieczonemu zarzuca się popełnienie przestępstwa albo wykroczenia, zdarzenie uzasadniające żądanie udzielenia przez Towarzystwo świadczenia zachodzi w chwili, w której ubezpieczony naruszył albo według podejrzeń miał naruszyć przepisy prawa. Postanowienie powyższe dotyczy także postępowania w związku z zatrzymaniem prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego, jeżeli ma to związek z popełnieniem przestępstwa albo wykroczenia.
4. We wszystkich przypadkach nie wymienionych w ust. 2, 3 i 6 zdarzenie uzasadniające żądanie udzielenia przez Towarzystwo świadczenia zachodzi w chwili, gdy ubezpieczony, jego przeciwnik lub osoba trzecia zaczął naruszać albo domniemywa się, że zaczął naruszać prawa, przepisy, obowiązki lub zobowiązania. W przypadku kilku naruszeń miarodajne jest pierwsze z nich. Nie uwzględnia się przy tym rzeczywistych bądź domniemanych naruszeń, które zaistniały ponad rok przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danego ryzyka.
5. Ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń, o których mowa w ust. 4, które pozostają w związku z oświadczeniem woli albo ze zdarzeniami, zaistniałymi przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
6. W zakresie spraw podatkowych ochrona ubezpieczeniowa nie przysługuje, gdy zdarzenie, które jest źródłem obowiązku podatkowego lub podstawą albo przyczyną ustalenia wysokości podatku wystąpiło, domniemywa się, że mogło wystąpić lub według przynajmniej jednej ze stron miało wystąpić przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

§ 10 OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest:
   1) niezwłocznie poinformować Towarzystwo o zaistnieniu i okolicznościach zdarzenia objętego ubezpieczeniem, przekazać korespondencję dotyczącą tego zdarzenia, wskazać, a na żądanie Towarzystwa oddać mu do dyspozycji istniejące dowody, a także przekazać Towarzystwu wszelkie dokumenty związane ze zdarzeniem, w tym w szczególności:
      a) kserokopię odpowiedniej umowy leasingu,
      b) kserokopię dowodu rejestracyjnego odpowiedniego ubezpieczonego pojazdu,
      c) formularz zgłoszenia szkody według wzoru określonego przez Towarzystwo, podpisany przez ubezpieczonego, wraz z załącznikami wymaganymi w tym formularzu.
   2) uzyskać pisemną zgodę Towarzystwa na ustanowienie określonego adwokata, udzielić takiej osobie pełnomocnictwa, poinformować ją wyczerpująco i zgodnie z prawdą o okolicznościach sprawy, wskazać dowody, udzielić niezbędnych informacji i dostarczyć odpowiednie dokumenty,
   3) na żądanie Towarzystwa poinformować go o stanie sprawy oraz w razie konieczności przedsięwziąć niezbędne kroki w celu dalszego wyjaśnienia stanu faktycznego,
   4) jeśli nie narusza to w uzasadniony sposób jego praw:
      a) na uzasadnione żądanie Towarzystwa złożyć tylko powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do momentu uprawomocnienia się orzeczenia co do części roszczenia,
      b) wstrzymać się z dochodzeniem swych roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia toczącego się już innego postępowania, o ile może mieć ono znaczenie dla rozstrzygnięcia danego sporu,
      c) uzgodnić z Towarzystwem wszelkie czynności wywołujące powstanie kosztów, w szczególności wnoszenie pozwów i środków zaskarżenia oraz unikać wszystkiego, co mogłoby się przyczynić do nieuzasadnionego zwiększenia kosztów albo mogłoby utrudnić ich zwrot od strony przeciwnej,
      d) przedłożyć Towarzystwu bez zbędnej zwłoki otrzymane od adwokatów, biegłych oraz sądów rachunki, pokwitowania i dokumenty o podobnym charakterze.
2. Jeśli ubezpieczony z winy umyślnej lub z powodu rażącego niedbalstwa naruszy określone w ustępie 1 obowiązki i takie naruszenie ma lub będzie miało wpływ na rozmiar odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo może odmówić spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego lub odpowiednio je zmniejszyć.

§ 11 WYZNACZENIE I USTANOWIENIE PEŁNOMOCNIKA

1. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych warunków, w ramach ubezpieczenia ochrony prawnej Ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata, w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, którego wynagrodzenie Towarzystwo opłaci zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków.

2. Prawo, o którym mowa w ust. 1 przysługuje Ubezpieczonemu również w przypadku wystąpienia sprzeczności interesów lub różnicy zdań pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczonym w sprawie rozstrzygnięcia sporu.
3. Na życzenie ubezpieczonego, z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszych warunków, Towarzystwo może niezobowiązująco polecić ubezpieczonemu adwokata, który będzie go reprezentował i którego wynagrodzenie Towarzystwo opłaci zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków.
4. Adwokat ponosi odpowiedzialność wyłącznie wobec ubezpieczonego, a Towarzystwo nie ponosi żadnej odpowiedzialności za czynności adwokata.

§ 12 OCENA SYTUACJI PRAWNEJ

1. Towarzystwo ma prawo oceny na podstawie obowiązujących przepisów prawa, czy w danej w danej sytuacji występują przesłanki, powodujące, że prowadzenie sprawy jest niecelowe:
   1) nie istnieje szansa korzystnego dla ubezpieczonego załatwienia sprawy,
   2) ochrona interesów prawnych ubezpieczonego jest sprzeczna z dobrymi obyczajami,
   3) koszty ochrony interesów prawnych ubezpieczonego pozostają w rażącej dysproporcji do zamierzonego celu.
2. Jeżeli ubezpieczonemu zarzuca się popełnienie przestępstwa albo wykroczenia, Towarzystwo nie bada istnienia przesłanek określonych w ust. 1. w instancjach merytorycznych.
3. Decyzję opartą na przesłankach określonych w ust. 1 wraz z odpowiednim uzasadnieniem z podaniem dokładnych powodów prowadzenia sprawy, Towarzystwo zobowiązane jest niezwłocznie przekazać na piśmie ubezpieczonemu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówiło spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego zgodni z postanowieniami ust. 1, a ubezpieczony nie zgadza się z jego stanowiskiem, ubezpieczony może zlecić adwokatowi na zasadach wynikających z niniejszych warunków przeprowadzenie na koszt Towarzystwa ekspertyzy (kontrekspertyza), która potwierdzi lub zaprzeczy istnieniu przesłanek odmowy określonych w ust. 1 i w decyzji Towarzystwa.
5. Opinia adwokata sporządzona na podstawie ust. 4 jest wiążąca dla ubezpieczonego i Towarzystwa, chyba, że w oczywisty sposób odbiega od stanu faktycznego i prawnego.
6. W celu sporządzenia przewidzianej w ustępie 4 ekspertyzy, Towarzystwo wyznaczy ubezpieczonemu co najmniej 30-dniowy termin. Jeżeli w oznaczonym terminie ubezpieczony nie spełni tego obowiązku, nie przysługuje mu świadczenie ubezpieczeniowe.
7. Wyznaczając ubezpieczonemu termin na podstawie ust. 6 Towarzystwo jest zobowiązane wskazać ubezpieczonemu skutki związane z bezskutecznym jego upływem.
8. W sytuacji wystąpienia sprzeczności interesów lub różnicy zdań w sprawie rozstrzygnięcia sporu ubezpieczony ma prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Na mocy osobnej umowy istnieje możliwości poddania sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

§ 13 CESJA ROSZCZEŃ, ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Dopóki roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia nie zostaną ustalone co do zasady i co do wysokości, nie mogą być one przeniesione na osobę trzecią ani zastawione bez uprzedniej pisemnej zgody Towarzystwa, przy czym powyższy zakaz nie ogranicza prawa przeniesienia roszczeń na ubezpieczonego.
2. Roszczenia ubezpieczonego wobec osób trzecich, dotyczące zwrotu kosztów, które już poniosło Towarzystwo, przechodzą z chwilą ich powstania na Towarzystwo. Koszty zwrócone ubezpieczonemu zobowiązany jest on przekazać Towarzystwu.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany wspierać Towarzystwo w dążeniu do odzyskania wszelkich kosztów objętych ubezpieczeniem oraz dostarczać Towarzystwu wszelkich informacji dokumentów, które są niezbędne do dochodzenia jego praw.
4. Jeżeli ubezpieczony zostanie prawomocnie skazany za przestępstwo umyślne i w związku z tym na podstawie § 5 ust. 3 nie przysługuje mu świadczenie ubezpieczeniowe, zobowiązany jest on do zwrotu Towarzystwu otrzymanych świadczeń.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest też do zwrotu Towarzystwu kwoty świadczenia uzyskanego na podstawie § 4 ust. 1 pkt 7 po jej zwrocie lub po uprawomocnieniu się orzeczenia rozstrzygającego o zwolnieniu lub przepadku poręczenia, o ile kwota ta nie została już zwrócona Towarzystwu.

§ 14 SPOSÓB WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Odszkodowanie wypłaca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej, według wyboru ubezpieczonego i w zależności od przyjętego sposobu rozliczenia kosztów objętych niniejsza umową:
1) przelewem na rachunek bankowy ubezpieczonego lub
2) przelewem na inny rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego
3) albo też przekazem pocztowym na adres wskazany przez ubezpieczonego.

§ 15 POSTĘPOWANIE LIKWIDACYJNE

1. Towarzystwo zobowiązane jest do spełnienia określonego w niniejszej umowie świadczenia, jeżeli ubezpieczony zostanie pisemnie wezwany do zapłaty tych kosztów.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Santander L oraz ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Santander L i ubezpieczonego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
3. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia ubezpieczonego w wyniku własnych ustaleń dokonanych po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, zawartej z ubezpieczonym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
4. Towarzystwo obowiązane jest do wypłaty odszkodowania:
   1) w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia lub
   2) w terminie 14 dni od daty wyjaśnienia okoliczności zdarzenia, jeżeli w terminie, określonym w pkt 1), wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania, mimo zachowania należytej staranności okazało się niemożliwe. Bezsporną część odszkodowania Towarzystwo wypłaca w terminie określonym w pkt 1).
5. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.
6. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie Santander L i osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania.
7. Jeżeli ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do wysokości przyznanego odszkodowania albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie złożyć na piśmie, za pośrednictwem jednostki likwidującej szkodę, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez zarząd Towarzystwa.
8. Ubezpieczony może również dochodzić roszczeń na drodze sądowej z pominięciem postępowania odwoławczego.
9. Santander L i ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na własny koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych.

§ 16 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

Objęcie ubezpieczonego ochroną wynikającą z niniejszej umowy ubezpieczenia następuje każdorazowo od dnia zgłoszenia danego pojazdu do ubezpieczenia przez BZWBK L, nie wcześniej jednak niż z chwilą rejestracji pojazdu przez BZWBK L.

§ 17 OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Okres ubezpieczenia wynosi 12 miesięcy lub cały okres leasingu.
2. Z zastrzeżeniem innych postanowień niniejszej umowy ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego wygasa:
   1) z upływem okresu ubezpieczenia,
   2) z chwilą kradzieży ubezpieczonego pojazdu lub wystąpienia szkody całkowitej, z tym, że Uprawnionemu przysługują w związku z tym zdarzeniem wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia,
   3) z chwilą rozwiązania lub zakończenia umowy leasingu,
   4) z chwilą przeniesienia własności ubezpieczonego pojazdu na dotychczasowego użytkownika, chyba że przeniesienie nastąpi łącznie z przekazaniem uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ III UBEZPIECZENIE OCHRONY PRAWNEJ PRZEPISY SZCZEGÓŁOWE

§ 18 SZCZEGÓŁOWY ZAKRES OCHRONY

OCHRONA PRAWNA POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH

1. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu jako posiadaczowi ubezpieczonego pojazdu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje każdej osobie będącej kierującym lub pasażerem ubezpieczonego pojazdu na podstawie wyraźnej albo dorozumianej zgody osoby upoważnionej do dysponowania tym pojazdem przez Ubezpieczonego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następujące rodzaje świadczeń:
   1) ochrona prawna przy dochodzeniu odszkodowań,
   2) ochrona prawna umów w związku z ubezpieczonymi pojazdami,
   3) ochrona prawna w sprawach karnych,
   4) ochrona prawna w sprawach związanych z prawem jazdy i dowodem rejestracyjnym,
   5) ochrona prawna w sprawach podatkowych.
4. Wszelkie postanowienia niniejszych SWU dotyczące Ubezpieczonego stosuje się również do pozostałych osób Uprawnionych.

ROZDZIAŁ IV PRZEPISY KOŃCOWE

§ 19 ZASADY ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

1. Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Concordię Polska TUW (zwaną dalej Towarzystwem).
2. Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Towarzystwo lub świadczonych przez Towarzystwo usług.
3. Klientem, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, jest:
   1) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawionym z Umowy ubezpieczenia;
   2) osoba fizyczna dochodzącą roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
4. Zgodnie z przyjętymi w Towarzystwie zasadami dotyczącymi reklamacji Klientem jest również podmiot inny niż osoba fizyczna będący Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawionym z Umowy ubezpieczenia.
5. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
   1) osobiście w siedzibie Towarzystwa, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Towarzystwa;
   2) pisemnie na adres Towarzystwa: ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań;
   3) telefonicznie pod numerem telefonu 61 858 48 00;
   4) jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: skargi@concordiaubezpieczenia.pl.
6. Towarzystwo udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
7. W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez osoby fizyczne) lub do 90 dni (w odniesieniu do reklamacji składanych przez podmioty inne niż osoby fizyczne). Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
8. Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
9. Spory związane z usługami świadczonymi przez Towarzystwo mogą być rozstrzygane:
   1) w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym;
   2) przez sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustaw o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych).
10. Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
    1) Rzecznika Finansowego;
    2) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia.
11. Właściwym dla Towarzystwa organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1.
12. Towarzystwo na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

§ 20 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

W przypadku powstania sporu między Towarzystwem a Ubezpieczonym, na mocy odrębnej umowy zawartej między Towarzystwem a Ubezpieczonym istnieje możliwość poddania sporu pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

§ 21 ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia niebędące reklamacją w rozumieniu § 19 ust. 2 kierowane do Towarzystwa powinny być:
   1) składane na piśmie za pokwitowaniem lub
   2) przesłane listem poleconym.
2. Zmiana adresu ubezpieczonego musi być zgłoszona Towarzystwu. W przeciwnym wypadku pismo Towarzystwa skierowane na ostatni znany adres ubezpieczonego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby ubezpieczony nie zmienił adresu.

§ 22 WŁAŚCIWE PRZEPISY

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Na Życie

o indeksie SANTANDER_L/CARCPI _5_1.1/2019

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie. Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia. Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami. Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust. 3 w związku z art. 1 ust.1 pkt 8, 13, 18, 19, 27, 28, 35, 36, 37, 38. art. 4 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 7, 14, 18, 19, 27, 28, 37, 38. art. 10 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 18, 19, 21, 24, 27, 28, 31, 35, 36, 37, 38. art. 11 w związku z art. 1 ust.1 pkt 14, 18, 19, 21, 27, 28, 29, 31, 36, 37,38.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 ust. 3, art. 13 w związku z art. 1 ust.1 pkt 18, 19, 27, 28, 37, 38.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oznaczone indeksem SANTANDER_L/CARCPI _5_1.1/2019 stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia".Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia".

Santander Leasing

Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

art. 1 Definicje

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_L/CARCPI _5_1.1/2019 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance;
2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzony w formie pisemnej pod rygorem nieważności na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela;
4) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej**
   a) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia wraz z podpisaniem Umowy leasingu – dzień uruchomienia Leasingu, jednak nie wcześniej niż dzień następny po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
   b) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy leasingu – dzień następny po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy leasingu;
7) **Dzień zajścia Zdarzenia**
   a) **w przypadku Zgonu** – dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
   b) **w przypadku Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
   c) **w przypadku Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
      – dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
      – dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
      – dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
8) **Harmonogram**
   a) dla ubezpieczeń zawieranych wraz z podpisaniem Umowy leasingu:
      – w przypadku Leasingu standardowego (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to pierwotny harmonogram spłat Leasingu, stanowiący integralną część Umowy leasingu, ustalony i dołączony do Umowy leasingu w dniu jej zawarcia. Pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – w przypadku Leasingu niestandardowego (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny" (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat, wyliczany z uwzględnieniem kwoty Leasingu na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia (tj. zawarcia umowy leasingu), dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia uruchomienia Umowy leasingu do końca trwania Leasingu. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/techniczny spłat Leasingu będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy leasingu), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia zawarcia Umowy leasingu,
   b) dla ubezpieczeń zawieranych w trakcie trwania Umowy leasingu:
      – w przypadku Leasingu standardowego (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to pierwotny harmonogram spłat Leasingu na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, liczony do końca trwania Leasingu, zgodnie z treścią Umowy leasingu. Pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – w przypadku Leasingu niestandardowego (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny" (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat Leasingu ustalony na Dzień

przystąpienia do ubezpieczenia, obliczany z uwzględnieniem kwoty Leasingu pozostałej do spłaty na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia do końca trwania Leasingu. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;

- harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/techniczny spłat Leasingu będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy leasingu), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

9) **Leasing** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy leasingu zawartej pomiędzy Korzystającym a Finansującym;
10) **Korzystający** – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Spółka będąca stroną Umowy leasingu;
11) **Finansujący** – Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przy czyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
13) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
14) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się wD niu rozpoczęcia ochronyu bezpieczeniowej i trwający do końca Umowy leasingu zgodnie z Harmonogramem spłat nie dłużej niż 121 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
15) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
16) **Pakiet** – jeden dwóch dostępnych pakietów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczonego w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia zgodnie z art. 2 ust 3;
17) **Placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj., Dz. U. z 2018 r., poz.1030), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
18) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwe go wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubez pieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
19) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
    a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekaniei niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
        - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
        - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
        - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
        - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
        - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
        - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając

T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
- przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;

b) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisiee lektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego pwoydższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczeniwa ykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

c) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętni cy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłeg o zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;

e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

20) **Rata leasingowa** – kwota należna Finansującemu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do Umowy leasingu (odpowiednio te same zasady dotyczą „technicznego" harmonogramu);

21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;

22) **Spółka** – spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo- akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna, wpisana do odpowiedniego rejestru;

23) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;

24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

25) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie

chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;

26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku Zgonu lub Poważnego zachorowania;
27) **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub Nieszczęśliwym wypadku w zakresie, o którym mowa w Artykule 12 ust. 1 niniejszych SWU;
28) **Świadczenia Assistance Medyczny** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub po Nieszczęśliwym wypadku w zakresie, o którym mowa w art. 12 ust. 3-7 niniejszych SWU;
29) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU) w przypadku zajścia zdarzenia Pobytu w Szpitalu, równe jednej Racie leasingu zgodnie z Harmonogramem. W przypadku Leasingu z nieregularnymi ratami, pojedyncza Rata leasingu liczona jest zgodnie z „technicznym" Harmonogramem spłat i zaokrąglana w górę do pełnych 100 PLN;
30) **Ubezpieczający** – Finansujący, Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
31) **Ubezpieczony** – Korzystający będący osobą fizyczną, osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą, wspólnicy odpowiednio spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, komandytowo-akcyjnej lub członkowie zarządu odpowiednio spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będący osobami fizycznymi, wskazani w Deklaracji ubezpieczeniowej, którzy wyrazili zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU mogą zostać objęte osoby fizyczne będące odpowiednio wspólnikami lub członkowie zarządu Spółki przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
32) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
33) **Umowa leasingu** – umowa o Leasing zawarta pomiędzy Finansującym a Korzystającym, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Finansującego;
34) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
35) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
36) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia innego niż Zgon;
37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia lub umożliwia skorzystanie ze Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja;
38) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny.

Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od Pakietu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
   1) **Pakiet podstawowy:**
      a) Zgon,
      b) Poważne Zachorowanie,
      c) Pobyt w Szpitalu,
      d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja.
   2) **Pakiet rozszerzony:**
      a) Zgon,
      b) Poważne Zachorowanie,
      c) Pobyt w Szpitalu,
      d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja,
      e) Świadczenia Assistance Medyczny.
4. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance Medycznego lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zależności od wybranego Pakietu.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu obejmuje terytorium Unii Eu-

ropejskiej.

art. 3 Warunki przystąpienia do ubezpieczenia

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, która najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy leasingu, 65. roku życia.
2. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w SWU.
3. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Korzystający:
   a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową,
   b) zawarł z Finansującym Umowę leasingu w wysokości nieprzekraczającej 500 000 PLN lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Finansujący udziela Leasingu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Leasingów lub pożyczek, przy zawieraniu, których Korzystający lub pożyczkobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 500 000 PLN.
4. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy leasingu występuje więcej niż jeden Korzystający, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Korzystający, chyba że któryś z Korzystających nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 2 przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy leasingu może być objętych nie więcej niż czterech Korzystających.

Jak długo trwa Twoja ochrona?

art. 4 Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
   a) **w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowe**j – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
   b) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;
   c) **dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;

   i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Harmonogramie spłat jako dzień całkowitej spłaty Leasingu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
   b) w przypadku Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
   c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
   a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
   b) z upływem 121 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
   c) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
   d) w dniu odstąpienia od Umowy leasingu;
   e) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty leasingu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
   f) w dniu całkowitej spłaty Leasingu;
   g) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
   h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy leasingu, w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku, gdy Korzystający odstąpi od Umowy leasingu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy leasingu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej, złożona przez jednego Ubezpieczonego powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy leasingu.
7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy leasingu łą-

czący Finansującego z którymkolwiek z Korzystających lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Korzystającego wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałego Korzystającego kontynuowana jest na zasadach wskazanych w SWU do wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z art. 10 ust. 3 SWU.

art. 5 Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

art. 6 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonym Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

art. 7 Obowiązki Ubezpieczonego

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowch.
3. Udzielenie przez Ubezpiecznoego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszychl at od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.
4. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.

art. 8 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

art. 9 Składka ubezpieczeniowa

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Leasingu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 10 Sumy ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania dla Pakietu podstawowego i Pakietu rozszerzonego równa jest Sumie czynszów leasingowych netto pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem na dzień

zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 500 000 PLN.

2. Suma ubezpieczenia dla ryzyka Pobytu w Szpitalu równa jest równowartości 6 Świadczeń miesięcznych, jednak nie więcej niż 36 000 PLN.
3. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy leasingu objętych zostało więcej Leasingobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia o której mowa w ust. 1 i 2, ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 - dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na pozostałych Ubezpieczonych nie będzie dokonywany.

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

art. 11 Wysokość świadczenia

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, kwota o której mowa w Art. 10 ust. 1 dla tego Zdarzenia równa jest jednej Racie leasingu zgodnie z Harmonogramemjednak nie więcej niż 6 000 PLN.
3. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w art. 11 ust 2. jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Świadczeniu miesięcznemu, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2 i art. 11 ust.5 poniżej.
5. Świadczenie miesięczne z tytułu Pobytu w Szpitalu jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w art. 1 pkt 29 w wysokości określonej Ratą leasingu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie miesięczne określone w art. 1 pkt 29 w wysokości określonej Ratą leasingu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem po tych 30 dniach Pobytu w Szpitalu.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
9. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy leasingu wyliczonego przez Finansującego na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
   a) Ubezpieczony,
   b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
   c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
   d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 12 Świadczenia assistance

1. W Wariancie Podstawowym lub Wariancie Rozszerzonym w przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja w zakresie:
   1) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu do Placówki medycznej** – do kwoty 1 000 PLN, w razie konieczności przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza;
   2) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu między Placówkami medycznymi** – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego

zdrowia lub jest on skierowany na zabieg bądź badania lekarskie do innej Placówki medycznej; transport odbywa się na pisemne zalecenie lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;

3) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu z Placówki medycznej** – do kwoty 1 000 PLN, w razie pisemnego zalecenia transportu do miejsca pobytu od lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
4) **Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego;
5) **Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego** – do kwoty 1 000 PLN, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego;
6) **Rehabilitacja** – do kwoty 2 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu; koszty rehabilitacji to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
7) **Wizyta pielęgniarki** – do 10 wizyt w miejscu pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od lekarza; obejmuje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, aby zapewnić opiekę Ubezpieczonemu w zakresie zaleconym przez lekarza; koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;
8) **Infolinia medyczna** – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
   a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
   b) diet, metod zdrowego żywienia,
   c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
   d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
   e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
   h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

2. W celu uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, czynne przez całą dobę, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja:
   a) Numer PESEL;
   b) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   c) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
   d) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
   e) Numer telefonu do kontaktu.
3. W Wariancie Rozszerzonym w przypadku, Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medyczny w zakresie i do limitów określonych w tabeli:

Świadczenia Assistance Medyczny		Limity		Zdarzenie
1.	konsultacja chirurga	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Maksymalna liczba 10 (dziesięciu) świadczeń do wykorzystania na Zdarzenie	Nieszczęśliwy wypadek albo Choroba Ubezpieczonego skutkująca 3-dniowym Pobytem w Szpitalu
2.	konsultacja okulisty			
3.	konsultacja otolaryngologa			
4.	konsultacja ortopedy			
5.	konsultacja kardiologa			
6.	konsultacja neurologa			
7.	konsultacja pulmonologa			
8.	konsultacja lekarza rehabilitacji			
9.	konsultacja neurochirurga			
10.	konsultacja psychologa			
11.	ultrasonografia (USG)			
12.	tomografia komputerowa	Maksymalnie 1 (jedno) świadczenie na Zdarzenie		
13.	rezonans magnetyczny			

4. W zakresie Świadczeń Assistance Medyczny, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych świadczeń, na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie:
   1) konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności:
      - chirurg,
      - okulista,
      - otolaryngolog,
      - ortopeda,
      - kardiolog,
      - neurolog,
      - pulmonolog,
      - lekarz rehabilitacji,
      - neurochirurg,
      - psycholog;
   2) badania: ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do SWU.
5. Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania oznacza, że z 13 (trzynastu) dostępnych świadczeń Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 10 (dziesięć) świadczeń możliwych do wykorzystania po każdym Nieszczęśliwy wypadku albo Chorobie Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu.
6. W odniesieniu do jednego Zdarzenia realizacja któregokolwiek świadczeń pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem postanowień ust. 7.
7. W odniesieniu do jednego Zdarzenia, w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkukrotnie z tego samego rodzaju świadczenia, z wyłączeniem świadczeń tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, które mogą być wykorzystane tylko 1 (jeden) raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia a skorzystanie z niego oznacza wykorzystanie jednego świadczenia w ramach maksymalnej liczby świadczeń.
8. W celu uzyskania świadczeń, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Medyczny:
   1) Numer PESEL;
   2) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   3) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
   4) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
   5) Numer telefonu do kontaktu.
9. W celu realizacji Świadczeń Assistance Medyczny, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać do Centrum operacyjnego pocztą lub za pośrednictwem e-mail na adres: assistance@mondial-assistance.pl, następujące dokumenty:
   1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
   2) kopię skierowania lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia konsultacji lub

badań.

10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub lekarzem prowadzącym leczenie.
11. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 9, Ubezpieczyciel w terminie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniała sytuacja stanowi Zdarzenie uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
12. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczenia w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie, Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
13. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 8 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
14. Koszty świadczeń pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia medyczne.

art. 13 Sposób zgłaszania zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wypłaty świadczeń

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia w formie pisemnej, np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji leasingowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Finansującego lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest prze-

lewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.

9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia (np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia) oraz następujących dokumentów:

W przypadku	Wymagane dokumenty
a) **Zgonu**	– odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; – dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp); – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
b) **Poważnego zachorowania**	– dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań; – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
c) **Pobytu w Szpitalu**	– dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed drugą lub każdą kolejną wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
    – dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);

Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

art. 14 Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

6. W przypadku gdy w celu weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w artykule 12 ust. 8 w związ-

Zdarzenie	Wyłączenia – Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
1. **Zgon**	a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia; b) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków sychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. **Poważne Zachorowanie**	a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; b) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. **Pobyt w Szpitalu**	a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) próbą samobójczą, która miała miejsce w pierwszych dwóch latach od dnia przystąpienia do ubezpieczenia; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; f) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności; g) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony; h) leczeniem bezpłodności, sztucznym zapłodnieniem lub sterylizacją.

4. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczeń Assistance Medyczny**	a) czynnym i dobrowolnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) zdarzeniem związanym bezpośrednio z skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masowa, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu; f) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczeń Assistance Medyczny** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za **opóźnienie w realizacji świadczeń**, jeżeli do opóźnienia doszło wskutek:	a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych; b) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spowodowanych działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; c) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń; d) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne); e) ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji Świadczeń Assistance.

ku z ust. 9, udzielenie świadczenia określonego w SWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

art. 15 Opodatkowanie świadczeń

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

art. 16 Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia

2011 r. o usługach płatniczych (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2003 z późn. zm), bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela..

art. 17 Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

art. 18 System monetarny

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 19 Postanowienia końcowe

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_L/CARCPI _5_1.1/2019 wchodzą w życie z dniem 17 kwietnia 2019 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Kontakt z nami

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Telefon: **+48 22 529 17 27**
Fax: **+48 22 529 01 01**

Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: **roszczenia.cardif.pl** lub napisz na adres: **roszczenia@cardif.pl**
Aby złożyć reklamację napisz na adres: **reklamacje@cardif.pl**

Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: **www.cardif.pl**

Santander Leasing

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Na Życie

o indeksie SANTANDER_P/CARCPI _5_1.1/2019

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie. Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia. Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2 ust. 3 w związku z art. 1 ust.1 pkt 8, 13, 18, 19, 27, 28, 35, 36, 37, 38. art. 4 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 7, 14, 18, 19, 27, 28, 37, 38. art. 10 w związku z art. 1 ust.1 pkt 5, 18, 19, 21, 24, 27, 28, 31, 35, 36, 37, 38. art. 11 w związku z art. 1 ust.1 pkt 14, 18, 19, 21, 27, 28, 29, 31, 36, 37,38.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 7 ust. 3, art. 13 w związku z art. 1 ust.1 pkt 18, 19, 27, 28, 37, 38.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oznaczone indeksem SANTANDER_P/CARCPI _5_1.1/2019 stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia".

Santander Leasing

Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

art. 1 Definicje

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_P/CARCPI _5_1.1/2019 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance;
2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia, sporządzony w formie pisemnej pod rygorem nieważności na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela;
4) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej**
   a) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia wraz z podpisaniem Umowy pożyczki – dzień uruchomienia Pożyczki, jednak nie wcześniej niż dzień następny po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
   b) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy pożyczki – dzień następny po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;
6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy pożyczki;
7) **Dzień zajścia Zdarzenia**
   a) **w przypadku Zgonu** – dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
   b) **w przypadku Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
   c) **w przypadku Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
      – dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
      – dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
      – dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
8) **Harmonogram**
   a) dla ubezpieczeń zawieranych wraz z podpisaniem Umowy pożyczki:
      – w przypadku Pożyczki standardowej (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to pierwotny harmonogram spłat Pożyczki, stanowiący integralną część Umowy pożyczki, ustalony i dołączony do Umowy pożyczki w dniu jej zawarcia; pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – w przypadku Pożyczki niestandardowej (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny" (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat, wyliczany z uwzględnieniem kwoty Pożyczki na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia (tj. zawarcia umowy pożyczki), dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia uruchomienia umowy pożyczki do końca trwania Pożyczki. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/techniczny spłat Pożyczki będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy pożyczki), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia zawarcia Umowy pożyczki,
   b) dla ubezpieczeń zawieranych w trakcie trwania Umowy pożyczki:
      – w przypadku Pożyczki standardowej (czyli: umowa na przedmioty gotowe oraz równe raty miesięczne), będzie to Pierwotny harmonogram spłat Pożyczki na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, liczony do końca trwania Pożyczki zgodnie z treścią Umowy pożyczki. Pierwotny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;
      – w przypadku Pożyczki niestandardowej (z nieregularnymi ratami i/lub na przedmioty zamawiane), będzie to „techniczny" (rozumiany jako miesięczny) harmonogram spłat Pożyczki ustalony na Dzień

przystąpienia do ubezpieczenia, obliczany z uwzględnieniem kwoty Pożyczki pozostałej do spłaty na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, dzielonej przez liczbę miesięcy liczonych od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia do końca trwania Pożyczki. Techniczny harmonogram będzie podstawą wypłaty świadczenia;

- harmonogram będzie zawsze wyrażony w PLN. Jeśli harmonogram pierwotny/techniczny spłat Pożyczki będzie wyrażony w innej walucie niż PLN (waluta umowy pożyczki), wówczas tak ustalone kwoty zostaną przeliczone na PLN po średnim kursie NBP dla danej waluty z dnia złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana prze z Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
11) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy pożyczki zgodnie z Harmonogramem spłat nie dłużej niż 121 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
12) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
13) **Pakiet** – jeden dwóch dostępnych pakietów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczonego w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia zgodnie z art. 2 ust 3;
14) **Placówka medyczna** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj., Dz. U. 2018 r., poz.1030), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;
15) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
16) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
    a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się ko mórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
        - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
        - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
        - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
        - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
        - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
        - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
        - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
        - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
    b) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych

zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższe-nia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

c) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpo-znanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii kompu-terowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;

e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
   - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
   - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

   Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

17) **Pożyczka** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy pożyczki zawartej pomiędzy Pożyczkobiorcą a Pożyczkodawcą;

18) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą wpisana do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Spółka będąca stroną Umowy pożyczki;

19) **Pożyczkodawca** – Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;

20) **Rata pożyczki** – kwota należna Pożyczkodawcy, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do umowy pożyczki (odpowiednio te same zasady dotyczą „technicznego" harmonogramu);

21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;

22) **Spółka** – spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo - akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna, wpisana do odpowiedniego rejestru;

23) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;

24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

25) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zacho-

wania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;

26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku Zgonu lub Poważnego zachorowania;
27) **Świadczenia Assistance Rehabilitacja** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Nieszczęśliwym wypadku lub Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu w zakresie, o którym mowa w Artykule 12 ust. 1 niniejszych SWU;
28) **Świadczenia Assistance Medyczny** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu po Nieszczęśliwym wypadku lub Chorobie skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu w zakresie, o którym mowa w art. 12 ust. 3-7 niniejszych SWU;
29) **Świadczenie miesięczne** – kkwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU) w przypadku zajścia zdarzenia Pobytu w Szpitalu, równa jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem; W przypadku Pożyczki z nieregularnymi ratami pojedyncza Rata pożyczki liczona jest zgodnie z technicznym" Harmonogramem spłat i zaokrąglana w górę do pełnych 100 PLN;
30) **Ubezpieczający** – Pożyczkodawca, Santander Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Kolorowej 8;
31) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca będący osobą fizyczną, osobą fizyczną prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą, wspólnicy odpowiednio spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, komandytowo-akcyjnej lub członkowie zarządu odpowiednio spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będący osobami fizycznymi, wskazani w Deklaracji ubezpieczeniowej, którzy wyrazili zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową. Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU mogą zostać objęte osoby fizyczne będące odpowiednio wspólnikami lub członkowie zarządu Spółki przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
32) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
33) **Umowa pożyczki** - umowa o Pożyczkę zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
34) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
35) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
36) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia innego niż Zgon;
37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia lub umożliwia skorzystanie ze Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja;
38) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny.

Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od Pakietu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
   1) **Pakiet podstawowy:**
      a) Zgon,
      b) Poważne Zachorowanie,
      c) Pobyt w Szpitalu,
      d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja.
   2) **Pakiet rozszerzony:**
      a) Zgon,
      b) Poważne Zachorowanie,
      c) Pobyt w Szpitalu,
      d) Świadczenia Assistance Rehabilitacja,
      e) Świadczenia Assistance Medyczny.
4. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance Medycznego lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zależności od wybranego Pakietu.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu obejmuje terytorium Unii Europejskiej .

art. 3 Warunki przystąpienia do ubezpieczenia

1. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, która najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy pożyczki, 65. roku życia.
2. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wdaynej wf ormie pisemnej przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w SWU.
3. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Pożyczkobiorca:
   a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową,
   b) zawarł z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki w wysokości nieprzekraczającej 500 000 PLN lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Pożyczkodawca udziela Pożyczki, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NB, Pz zastrzeżeniem, iż suma udzielonych Pożyczek lub leasingów przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca lub leasingobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 500 000 PLN.
4. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy pożyczki występuje więcej niż jeden Pożyczkobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Pożyczkobiorcy, chyba że któryś z Pożyczkobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 2 przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy pożyczki może być objętychn ie więcej niż czterech Pożyczkobiorców.

Jak długo trwa Twoja ochrona?

art. 4 Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:

a) **w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;

b) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;

c) **dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;

i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu..

2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.

3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
   b) w przypadku Poważnego zachorowania – w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
   c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
   a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
   b) z upływem 121 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
   c) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
   d) w dniu odstąpienia od Umowy pożyczki;
   e) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty pożyczki – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
   f) w dniu całkowitej spłaty Pożyczki;
   g) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
   h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy pożyczki; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku, gdy Pożyczkobiorca odstąpi od Umowy pożyczki Ubezpieczeni w ramach danej Umowy pożyczki będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej, złożona przez jednego Ubezpieczonego powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy pożyczki.
7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy pożyczki łączący Pożyczkodawcę z którymkolwiek z Pożyczkobiorców lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący

Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Pożyczkobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałego Pożyczkobiorcy kontynuowana jest na zasadach wskazanych w SWU do wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z art. 10 ust. 3 SWU.

art. 5 Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

art. 6 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonym Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

art. 7 Obowiązki Ubezpieczonego

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2 Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Ubezpieczającego. .

art. 8 Prawa i obowiązki Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

art. 9 Składka ubezpieczeniowa

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Pożyczki, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wpłacimy

art. 10 Sumy ubezpieczenia

Santander Leasing

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania dla Pakietu podstawowego i Pakietu rozszerzonego równa jest kapitałowi Pożyczki pozostającemu do spłaty zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 500 000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia dla ryzyka Pobytu w Szpitalu równa jest równowartości 6 Świadczeń miesięcznych, jednak nie więcej niż 36 000 PLN.
3. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy pożyczki objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia o której mowa w ust. 1 i 2, ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 - dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na pozostałych Ubezpieczonych nie będzie dokonywany.

art. 11 Wysokość świadczenia

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, kwota o której mowa w Art. 10 ust. 1 dla tego Zdarzenia równa jest jednej Racie pożyczki zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż 6000 PLN.
3. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania o którym mowa w art. 11 ust 2. jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Pożyczki, zgodnie z art. 1 pkt 29 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2 i art. 11 ust.5 poniżej.
5. Świadczenie miesięczne z tytułu Pobytu w Szpitalu jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w z art. 1 pkt 29 w wysokości jednej Ratą pożyczki przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie miesięczne określone w z art. 1 pkt 29 w wysokości jednej Raty pożyczki przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem po tych 30 dniach Pobytu w Szpitalu.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
9. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki wyliczonego przez Pożyczkodawcę na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
   a) Ubezpieczony,
   b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
   c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
   d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 12 Świadczenia assistance

1. W Wariancie Podstawowym lub Wariancie Rozszerzonym w przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medyczny lub Świadczeń Assistance Rehabilitacja w zakresie:
   1) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu do Placówki medycznej** – do kwoty 1 000 PLN, w razie konieczności przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza;
   2) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu między Placówkami medycznymi** – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony znalazł

się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg bądź badania lekarskie do innej Placówki medycznej; transport odbywa się na pisemne zalecenie lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;

3) **Organizacja i pokrycie kosztów transportu z Placówki medycznej** – do kwoty 1 000 PLN, w razie pisemnego zalecenia transportu do miejsca pobytu od lekarza, o ile – według jego wiedzy – nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
4) **Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – do kwoty 1 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego;
5) **Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego** – do kwoty 1 000 PLN, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego;
6) **Rehabilitacja** – do kwoty 2 000 PLN, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu; koszty rehabilitacji to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego;
7) **Wizyta pielęgniarki** – do 10 wizyt w miejscu pobytu Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od lekarza; obejmuje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, aby zapewnić opiekę Ubezpieczonemu w zakresie zaleconym przez lekarza; koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;
8) **Infolinia medyczna** – telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:
   a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
   b) diet, metod zdrowego żywienia,
   c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
   d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
   e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
   h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

2. W celu uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, czynne przez całą dobę, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Rehabilitacja:
   a) Numer PESEL;
   b) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   c) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
   d) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
   e) Numer telefonu do kontaktu.
3. W Wariancie Rozszerzonym w przypadku Choroby Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu lub w przypadku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów Świadczeń Assistance Medyczny w zakresie i do limitów określonych w tabeli:

Świadczenia Assistance Medyczny		Limity		Zdarzenie
1.	konsultacja chirurga	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania	Maksymalna liczba 10 (dziesięciu) świadczeń do wykorzystania na Zdarzenie	Nieszczęśliwy wypadek albo Choroba Ubezpieczonego skutkująca 3-dniowym Pobytem w Szpitalu
2.	konsultacja okulisty			
3.	konsultacja otolaryngologa			
4.	konsultacja ortopedy			
5.	konsultacja kardiologa			
6.	konsultacja neurologa			
7.	konsultacja pulmonologa			
8.	konsultacja lekarza rehabilitacji			
9.	konsultacja neurochirurga			
10.	konsultacja psychologa			
11.	ultrasonografia (USG)			
12.	tomografia komputerowa	Maksymalnie 1 (jedno) świadczenie na Zdarzenie		
13.	rezonans magnetyczny	maksymalnie 1 (jedno) świadczenie na Zdarzenie		

4. W zakresie Świadczeń Assistance Medyczny, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych świadczeń, na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie:
   1) konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności:
      - chirurg,
      - okulista,
      - otolaryngolog,
      - ortopeda,
      - kardiolog,
      - neurolog,
      - pulmonolog,
      - lekarz rehabilitacji,
      - neurochirurg,
      - psycholog;
   2) badania: ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 1 do SWU.
5. Maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania oznacza, że z 13 (trzynastu) dostępnych świadczeń Ubezpieczonemu przysługuje łącznie maksymalnie 10 (dziesięć) świadczeń możliwych do wykorzystania po każdym Nieszczęśliwy wypadku albo Chorobie Ubezpieczonego skutkującej 3-dniowym Pobytem w Szpitalu.
6. W odniesieniu do jednego Zdarzenia realizacja któregokolwiek świadczeń pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń do wykorzystania z uwzględnieniem postanowień ust. 7.
7. W odniesieniu do jednego Zdarzenia, w ramach maksymalnej liczby świadczeń do wykorzystania, istnieje możliwość skorzystania kilkukrotnie z tego samego rodzaju świadczenia, z wyłączeniem świadczeń tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, które mogą być wykorzystane tylko 1 (jeden) raz w odniesieniu do jednego Zdarzenia a skorzystanie z niego oznacza wykorzystanie jednego świadczenia w ramach maksymalnej liczby świadczeń.
8. W celu uzyskania świadczeń, Ubezpieczony lub inna osoba jest zobowiązany niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia lub powzięciu informacji o jego powstaniu powiadomić o nim Centrum operacyjne, pod numerem telefonu (+48 22) 563 12 21i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpieczonego do uzyskania Świadczeń Assistance Medyczny:
   1) Numer PESEL;
   2) Imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   3) Adres zamieszkania Ubezpieczonego;
   4) Opis rodzaju oczekiwanej pomocy;
   5) Numer telefonu do kontaktu.
9. W celu realizacji Świadczeń Assistance Medyczny, Ubezpieczony zobowiązany jest przesłać do Centrum operacyjnego pocztą lub za pośrednictwem e-mail na adres assistance@mondial-assistance.pl, następujące dokumenty:
   1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
   2) kopię skierowania lekarza prowadzącego le-

czenie do przeprowadzenia konsultacji lub badań.

10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub lekarzem prowadzącym leczenie.
11. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 9, Ubezpieczyciel w terminie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniała sytuacja stanowi Zdarzenie uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
12. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczenia w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie, Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
13. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 8 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
14. Koszty świadczeń pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia medyczne.

art. 13 Sposób zgłaszania zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wypłaty świadczeń

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia w formie pisemnej np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji pożyczkowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Pożyczkodawcy lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest prze-

lewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.

9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia (np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia) oraz następujących dokumentów:

W przypadku	Wymagane dokumenty
a) **Zgonu**	– odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; – dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp); – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
b) **Poważnego zachorowania**	– dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań; – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
c) **Pobytu w Szpitalu**	– dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed drugą lub każdą kolejną wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
    - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);

Zdarzenie	Wyłączenia – Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
1. **Zgon**	a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia; b) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. **Poważne Zachorowanie**	a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; b) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. **Pobyt w Szpitalu**	a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) próbą samobójczą, która miała miejsce w pierwszych dwóch latach od dnia przystąpienia do ubezpieczenia; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; f) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności; g) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony; h) leczeniem bezpłodności, sztucznym zapłodnieniem lub sterylizacją.

4. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczeń Assistance Medyczny**	a) czynnym i dobrowolnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) zdarzeniem związanym bezpośrednio z skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masowa, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu; f) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.
5. W odniesieniu do **Świadczeń Assistance Rehabilitacja** lub **Świadczeń Assistance Medyczny** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za **opóźnienie w realizacji świadczeń**, jeżeli do opóźnienia doszło wskutek:	a) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, strajków, aktów terroryzmu, zamieszek społecznych i wojskowych; b) masowych skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spowodowanych działaniem broni lub urządzeń wykorzystujących energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; c) epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń; d) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne); e) ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować brak możliwości realizacji Świadczeń assistance.

Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

art. 14 Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

6. W przypadku gdy w celu weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w artykule 12 ust. 8 w związku z ust. 9, udzielenie świadczenia określonego w SWU wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.

art. 15 Opodatkowanie świadczeń

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

art. 16 Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (t.j. Dz. U. 2017, poz. 2003 z późn. zm), bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądaniej Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego owarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 17 Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

art. 18 System monetarny

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

art. 19 Postanowienia końcowe

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie o indeksie SANTANDER_P/CARCPI _5_1.1/2019 wchodzą w życie z dniem 17 kwietnia 2019 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Kontakt z nami

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Telefon: **+48 22 529 17 27**
Fax: **+48 22 529 01 01**

Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: **roszczenia.cardif.pl** lub napisz na adres: **roszczenia@cardif.pl**
Aby złożyć reklamację napisz na adres: **reklamacje@cardif.pl**

Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: **www.cardif.pl**

Santander Leasing