

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
DLA KLIENTÓW WE4MED
do Pakietu „Zdrowie-Badania”**

Informacja o warunkach ubezpieczenia
zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
Przestanki wypłaty świadczenia	Artykuł 2. Art. 9-14
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Artykuł 15

Część I. Postanowienia ogólne	3
Artykuł 1. Postanowienia wstępne	3
Artykuł 2. Definicje pojęć	3
Artykuł 3. Przystąpienie do ubezpieczenia	5
Artykuł 4. Okres ubezpieczenia. Okres odpowiedzialności	6
Artykuł 5. Składka	6
Artykuł 6. Suma ubezpieczenia	6
Artykuł 7. Terminy i zasady wypłaty świadczeń	7
Artykuł 8. Postępowanie reklamacyjne. Rozwiązywanie sporów	9
Część II. Przedmiot Ubezpieczenia. Zakres świadczeń	10
Artykuł 9. Przedmiot ubezpieczenia	10
Artykuł 10. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.	12
Artykuł 11. Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członka Rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.	12
Artykuł 12. Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Rachunków.	13
Artykuł 13. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.	14
Artykuł 14. Utrata pracy przez Ubezpieczonego. Spłata Kredytu.	14
Artykuł 15. Wyłączenia odpowiedzialności	15
Część III. Postanowienia końcowe	16
Artykuł 16. Przetwarzanie danych osobowych.	16
Artykuł 17. Postanowienia końcowe.	19

Część I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Postanowienia wstępne

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej SWU, mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy AmTrust International Underwriters DAC 6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48 Numer rejestru: 169384 zwaną dalej Ubezpieczycielem, a WE4MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej Ubezpieczającym.

PAMIĘTAJ: jesteś objęty ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia Grupowego a nie umowy zawieranej indywidualnie. Stroną Umowy Ubezpieczenia Grupowego jest WE4MED, Ty jesteś Ubezpieczonym, czyli osobą objętą ochroną świadczoną przez AmTrust jako Ubezpieczyciela. Zakres i warunki tej ochrony oraz Twoje prawa i obowiązki określone są w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (SWU) – zapoznaj się z nimi.

Artykuł 2. Definicje pojęć

PAMIĘTAJ: w całym tekście będziemy używać poniższych pojęć zgodnie z tym, jakie je zdefiniowano w tym artykule

Pojęciom użytym w niniejszych SWU nadaje się znaczenie określone poniżej:

1. **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana jako bezrobotna w polskim, właściwym urzędzie pracy, zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy. Przyjmuje się, że dniem uzyskania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego jest dzień dokonania rejestracji;
2. **Certyfikat** – wydawany przez Ubezpieczyciela dokument potwierdzający objęcie Klienta ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, określający początek i koniec ochrony dla tego Klienta.
3. **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy, powstała na skutek urazu ciała spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, trwająca minimum siedem nieprzerwanie następujących po sobie dni.
4. **Członek rodziny** – współmałżonek lub Partner, dzieci własne lub przysposobione, które nie ukończyły 18 roku życia, matka, ojciec Ubezpieczonego.
5. **Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, tj. zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.
6. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony lub Członek rodziny przebywał na oddziale szpitalnym po jego przyjęciu na ten oddział, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu kalendarzowym trwał jego Pobyt w Szpitalu. Za Pobyt w Szpitalu nie uznaje się pobytu wyłącznie na SOR czy izbie przyjęć.
7. **Dzień Utraty pracy** – data rozwiązania Stosunku pracy lub data zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej potwierdzona wykreśleniem z ewidencji.
8. **Harmonogram** – wyłącznie harmonogram spłat rat Kredytu, który został sporządzony przy zawarciu Kredytu i obowiązujący jako pierwszy.
9. **Klient** – osoba, która kupiła Pakiet “Zdrowie-Badania” i zawarła umowę o Kredyt.

10. **Kredyt** – umowa kredytu ratalnego zawarta przez Ubezpieczonego.
11. **Lekarz prowadzący** – osoba wykonująca zawód lekarza, prowadząca leczenie Ubezpieczonego w placówce, w której ma miejsce Pobyt w Szpitalu.
12. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie nagłe, mające miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu lub rozstroju zdrowia lub zmarł. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub następujących zmian chorobowych: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagle.
13. **Operator** – podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela, realizujący na jego zlecenie proces likwidacji szkód na podstawie niniejszych SWU.
14. **Pakiet** – pakiet “Zdrowie-Badania” który Klient zakupił na podstawie odrębnej umowy. Zgodnie z Umową Ubezpieczenia Grupowego każdy Klient, który zakupi Pakiet jest objęty (wraz z Członkami rodziny) ochroną oferowaną przez Ubezpieczyciela na zasadach określonych w niniejszych SWU. Zasady korzystania z Pakietu Zdrowie i Ochrona” określone są w odrębnych Regulaminie Świadczenia Usług Medycznych w ramach Pakietu “Zdrowie-Badania” dla Klientów We4Med sp. z o.o.
15. **Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe i nie pozostająca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.
16. **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego lub Członka rodziny w Szpitalu, trwający minimum 5 nieprzerwanie następujących po sobie dni, w celu leczenia obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, których nie można leczyć ambulatoryjnie; za pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia na oddział szpitalny (niezależnie od godziny przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala) a za ostatni – dzień wypisu z oddziału szpitalnego (liczone są dni kalendarzowe).
17. **Rachunki** – rachunki dotyczące miejsca zamieszkania wystawione na Ubezpieczonego, jego małżonka lub Partnera za gaz, energię elektryczną, czynsz, internet, telefon, olej opałowy.
18. **Saldo zadłużenia** – kwota wynikająca z Harmonogramu, obliczana jako suma kwot nieuiszczonych rat Kredytu wraz z należnymi odsetkami i innymi zobowiązaniami wynikającymi z Kredytu, które stają się wymagalne po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
19. **Stosunek pracy** – za stosunek pracy uważa się świadczenie pracy na podstawie:
 - 1) umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony,
 - 2) umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony, pod warunkiem, że data rozwiązania umowy o pracę lub data ustania stosunku służbowego jest późniejsza niż data spłaty ostatniej raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem,Przez umowę o pracę rozumie się również umowę zawartą w wyniku powołania lub mianowania oraz spółdzielczą umowę o pracę.
20. **Szpital** – ma znaczenie określone w ustawie 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tj. położony na terytorium RP zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych, przy czym za Szpital w rozumieniu SWU nie uważa się ośrodka leczenia uzależnień, a także szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego, szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego czy ośrodka rehabilitacji.

21. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na podstawie niniejszych SWU, która kupiła Pakiet oraz która zawarła umowę o Kredyt. Ponadto ubezpieczeniem w wariancie:
- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Czasowa niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- objęci są dodatkowo również Członkowie rodziny.
22. **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba lub osoby, uprawniona (uprawnione) do otrzymania świadczenia w przypadkach i na warunkach określonych w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia;
23. **Utrata pracy** – utrata jedyne go stałego źródła dochodów w konsekwencji:
- 1) ustania Stosunku pracy z wyłączeniem następujących sytuacji:
 - a) Stosunek pracy został rozwiązany w trybie dyscyplinarnym (art. 52 Ustawy Kodeksu pracy),
 - b) Stosunek pracy został rozwiązany na mocy wypowiedzenia dokonane go przez Ubezpieczonego;
 - 2) zakończenia Działalności gospodarczej.
24. **Zakup towaru** – zakup towarów lub usług sfinansowanych z Kredytu.
25. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, które uprawnia Ubezpieczonego (uposażone go) do wystąpienia z roszczeniem, to jest:
- 1) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się dzień śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego;
 - 3) Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się pierwszy dzień, za który orzeczona została niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - 4) Utrata pracy przez Ubezpieczonego, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się Dzień Utraty Pracy;
 - 5) Pobyt w Szpitalu Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu Członka rodziny;
 - 6) Czasowa niezdolność do pracy Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym za dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowe go przyjmuje się pierwszy dzień, za który orzeczona została niezdolność do pracy Członka rodziny.

Artykuł 3. Przystąpienie do ubezpieczenia.

1. Ubezpieczeniem na warunkach określonych w niniejszych SWU jest objęty Klient, który kupił Pakiet oraz który zawarł umowę o Kredyt celu finansowania Zakupu towaru.
2. Klient, może złożyć oświadczenie o rezygnacji z objęcia go ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowe go.
3. Objęcie ochroną potwierdza ne jest wydaniem Klientowi Certyfikatu.

PAMIĘTAJ: ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie osoby, które kupiły Pakiet i jednocześnie wzięły Kredyt.

Artykuł 4. Okres ubezpieczenia. Okres odpowiedzialności

1. Okres ubezpieczenia równy jest okresowi przez który Klient uprawniony jest do korzystania z Pakietu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3. Początek i koniec okresu ubezpieczenia wskazany jest w Certyfikacie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku ubezpieczenia Utraty pracy stosuje się okres karencji wynoszący 90 dni, liczony od daty początku okresu ubezpieczenia. Powyższe oznacza, iż Ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu Utraty Pracy pod warunkiem, iż Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło nie wcześniej niż po upływie 90 dni od rozpoczęcia ochrony.
4. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się wraz z zajściem pierwszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia wskazanego w Certyfikacie,
 - 2) z końcem okresu korzystania z Pakietu (z dniem rozwiązania umowy o korzystanie z Pakietu),
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym nie zwalnia to Ubezpieczyciela z odpowiedzialności za realizację świadczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) z chwilą rozwiązania umowy Kredytu, w tym odstąpienia od niej,
 - 5) z chwilą wypłaty świadczeń w wysokości sumy ubezpieczenia (wyczerpania sumy ubezpieczenia).

PAMIĘTAJ: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje Cię od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do chwili wystąpienia jednego ze zdarzeń wymienionych powyżej. Datę początku i końca ochrony zapisujemy na Certyfikacie. Może się jednak zdarzyć, że ochrona zakończy się przed wskazaną datą.

Artykuł 5. Składka

Do zapłaty składki z tytułu ubezpieczenia na podstawie niniejszych SWU zobowiązany jest wyłącznie Ubezpieczający. Wysokość składki oraz zasady jej płatności określone są w Umowie Ubezpieczenia Grupowego zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.

PAMIĘTAJ: składkę ubezpieczeniową, płaci za Ciebie WE4MED.

Artykuł 6. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia i nie może przekroczyć kwoty 31 000 zł ani nie może być wyższa niż wysokość Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia ulega pomniejszeniu o kwotę każdego wypłaconego świadczenia.
3. W ramach sumy ubezpieczenia uwzględnia się limity na poszczególne świadczenia określone w Części II SWU w opisie poszczególnych świadczeń oraz w tabeli poniżej:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limit świadczenia na to Zdarzenie z zastrzeżeniem opisu w Części II
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu równy jest wysokości Salda zadłużenia wynikającego z Harmonogramu na dzień Śmierci Ubezpieczonego
Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu: 6 rat Kredytu Maksymalny limit świadczenia Spłaty Rachunków równy jest sumie 6 miesięcznych Rachunków
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu: 6 rat Kredytu
Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu: 6 rat Kredytu
Pobyt w Szpitalu Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu: 6 rat Kredytu
Czasowa niezdolność do pracy Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Maksymalny limit świadczenia Spłaty Kredytu: 6 rat Kredytu

PAMIĘTAJ: Ubezpieczyciel zrealizuje łącznie wszystkie świadczenia maksymalnie do kwoty 31.000 zł nie więcej jednak niż do kwoty Salda zadłużenia.

Artykuł 7. Terminy i zasady wypłaty świadczeń

1. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce w Okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym lub w tym samym terminie powiadomić o odmowie i jej przyczynach.
3. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 2.

5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.
6. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub wnioskujący o realizację świadczenia powinien niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni, skontaktować się z Operatorem w sposób wskazany w Certyfikacie.
7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w złotych polskich.
8. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 6, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.
9. W celu wypłaty świadczenia wnioskujący o wypłatę świadczenia powinien dostarczyć do Operatora:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z opisem okoliczności Zdarzenia Ubezpieczeniowego i informacją o jego następstwach,
 - 2) Harmonogram lub inne dokumenty potwierdzające wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu – w przypadku gdy wnioskuje o świadczenie Spłaty Kredytu.
 - 3) na wniosek Operatora inne dokumenty – niż wymienione w ustępach poniżej - niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o ile Operator nie może ich pozyskać samodzielnie,
10. Niezależnie od dokumentów wskazanych w ust. 9 wnioskujący o wypłatę świadczenia:
 - 1) z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - powinien dostarczyć do Operatora odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - powinien dostarczyć do Operatora:
 - a) kartę leczenia szpitalnego lub inną dokumentację wystawioną przez Szpital zawierającą informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego lub Członka rodziny i jej przyczynach,
 - b) w przypadku świadczenia Spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu - kopię rachunków wystawionych na Ubezpieczonego lub Członka rodziny, z terminem spłaty przypadającym w miesiącach Pobytu w Szpitalu;
 - 3) z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - powinien dostarczyć do Operatora kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny trwającej minimum 7 nieprzerwanie następujących po sobie dni,
 - 4) pierwszego miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy - powinien dostarczyć do Operatora:
 - a) potwierdzenie uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego, wydane przez właściwy urząd pracy,
 - b) świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy, lub
w przypadku prowadzenia Działalności gospodarczej wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej, Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru prowadzonego przez właściwy organ administracji potwierdzający zakończenie działalności

- 5) kolejnych miesięcznych świadczeń z tytułu Utraty pracy - powinien dostarczyć do Operatora potwierdzenie posiadania Statusu bezrobotnego w kolejnych miesiącach następujących po wypłacie pierwszego miesięcznego świadczenia, wydane przez właściwy urząd pracy.
11. Odpowiednio do rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, na potrzeby procesu likwidacji szkód, osoba uprawniona może zostać zobowiązana do udostępnienia danych osobowych, w tym danych medycznych w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Nieudzielenie informacji może powodować brak możliwości weryfikacji zasadności zgłoszenia i w efekcie odmowę uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
12. Korespondencja z Operatorem w związku ze zgłoszeniem roszczenia oraz procesem likwidacji szkody może się odbywać drogą elektroniczną na adres aiu-zio.szukody@innse.pl
13. Korespondencja dotycząca ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości roszczenia (korespondencja szkodowa) może być przesyłana przez Operatora do Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe drogą elektroniczną, jeśli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie wyraziły na to zgodę.
14. Obowiązującym językiem w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.

PAMIĘTAJ: skontaktuj się z Operatorem niezwłocznie po zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przekaz mu informacje o zdarzeniu. Pracownicy Operatora poinformują Cię o kolejnych krokach, w tym w szczególności o dokumentach i informacjach, niezbędnych dla ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości przysługującego Ci świadczenia.

Artykuł 8. Postępowanie reklamacyjne. Rozwiązywanie sporów.

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony ma prawo do składania reklamacji, zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela:
- 1) w formie pisemnej drogą pocztową na adres Operatora,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem : +48 22 290 71 04 albo osobiście w siedzibie Operatora z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji na stronie internetowej: <https://amtrust.zgloszenie.online/> lub drogą mailową na adres aiu-zio.reklamacje@innse.pl.
2. Przesłane zgłoszenie powinno zawierać następujące dane:
- 1) dane zgłaszającego reklamację,
 - 2) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź;
 - 3) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy reklamacja i podanie numeru certyfikatu;
 - 4) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację;
 - 5) oczekiwane działania;
 - 6) w przypadku oczekiwania przestania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie w tym zakresie.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, będąca konsumentem, w przypadku nieuwzględnienia jej roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji lub niewykonania czynności wynikającej z pozytywnie rozpatrzonej reklamacji we wskazanym terminie, może zwrócić się do Rzecznika Finansowego:
- 1) o rozpatrzenie sprawy lub
 - 2) o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego.
4. Osoba wskazana w ust. 1, będąca konsumentem, może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

5. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu, przy czym do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
8. Osobie niezadowolonej z rozpoznania reklamacji przysługuje prawo odwołania się do sądu.
9. Wszelkie spory wynikające lub związane z Umową Ubezpieczenia Grupowego będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Grupowego, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczonego lub spadkobiercę uprawnionego z umowy ubezpieczenia, przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi The Central Bank of Ireland.

PAMIĘTAJ: masz prawo zgłosić reklamację lub odwołać się do sądu, jeśli nie jesteś zadowolony ze sposobu załatwienia Twojej sprawy.

Część II. Przedmiot Ubezpieczenia. Zakres świadczeń

Artykuł 9. Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego oraz źródła dochodu Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony obejmuje:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia	Świadczenia przysługujące w związku z wystąpieniem tego Zdarzenia	Opis świadczenia w SWU
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Uposażony	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	Artykuł 10

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczony niezatrudniony na podstawie Stosunku pracy ani nie prowadzący Działalności gospodarczej na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	Artykuł 11
		Splata Rachunków(opłata Rachunków z terminem płatności przypadającym na okres Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku)	Artykuł 12
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczony zatrudniony na podstawie Stosunku pracy lub prowadzący Działalność gospodarczą na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	Artykuł 13
Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Ubezpieczony zatrudniony na podstawie Stosunku pracy lub prowadzący Działalność gospodarczą na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	Artykuł 14
Pobyt w Szpitalu Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Członek rodziny Ubezpieczonego	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	Artykuł 11
Czasowa niezdolność do pracy Członka rodziny w	Członek rodziny Ubezpieczonego zatrudniony na podstawie Stosunku pracy lub	Splata Kredytu (splata zadłużenia wynikającego z Harmonogramu lub innego	Artykuł 13

następstwie Nieszczęśliwego wypadku	prowadzący Działalność gospodarczą na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego	dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu)	
---	--	---	--

PAMIĘTAJ: Poszczególne świadczenia określone w niniejszych SWU ze względu na swoją specyfikę dedykowane są dla określonych grup osób – np. świadczenie z tytułu Utraty pracy otrzyma wyłącznie osoba, która na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego była pracownikiem zatrudnionym na podstawie Stosunku pracy lub prowadziła działalność gospodarczą, a świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy – osoba, która ma prawo do korzystania z L4.

Artykuł 10. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.

1. Ochroną ubezpieczeniową w ramach świadczenia Spłaty Kredytu objęta jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczeniem w tym ubezpieczeniu jest spłata Salda zadłużenia na zasadach określonych poniżej.
3. Dla świadczenia Spłaty Kredytu na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku limit ubezpieczenia stanowi Saldo zadłużenia wynikające z Harmonogramu lub innego dokumentu potwierdzającego wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, gdy śmierć Ubezpieczonego jest bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w okresie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenie Spłaty Kredytu wypłaca się Uposażonemu, o którym mowa w ust. 7 lub 8 poniżej.
7. Wskazanie osoby uposażonego jest prawem Ubezpieczonego. Ubezpieczony dokonuje wskazania uposażonego w formie elektronicznej z wykorzystaniem formularza zgłoszenia uposażonego na stronie internetowej: <https://amtrust.zgloszenie.online/>.
8. W przypadku niewskazania uposażonego w sposób określony w ust. 7 uprawnionym do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest, według następującej kolejności (przy czym osoba/osoby wskazane w grupie wyższej wyklucza osoby wskazane w grupach niższych):
 - 1) małżonek lub Partner
 - 2) dzieci – w częściach równych,
 - 3) rodzice – w częściach równych,
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych.
9. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania uposażonego, w sposób określony w ust. 7 powyżej.

PAMIĘTAJ: W przypadku Twojej śmierci Ubezpieczyciel wypłaci Twoim bliskim świadczenie w wysokości równowartości kwoty Kredytu pozostałej do spłaty.

Artykuł 11. Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członka Rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członka rodziny będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczeniem w tym ubezpieczeniu jest spłata poszczególnych miesięcznych rat Kredytu w ramach Salda zadłużenia na zasadach określonych poniżej.
3. Miesięczne świadczenie równe jest kwocie raty Kredytu wskazanej w Harmonogramie spłaty Kredytu lub innym dokumencie potwierdzającym wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu przypadających w okresie Pobytu w szpitalu.
4. Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni lub Członkowie rodziny niezatrudnieni na podstawie Stosunku pracy ani nie prowadzący Działalności gospodarczej na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Pierwsze miesięczne świadczenie przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członka rodziny o ile pobyt ten jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
6. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych trzydziestu następujących bezpośrednio po sobie dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
7. Z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu lub Członkowi rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 6 miesięcznych rat Kredytu jednak nie więcej niż:
 - 1) liczba rat Kredytu, których wymagalność przypada po dniu rozpoczęcia Pobytu w Szpitalu i do jego zakończenia
ale nie więcej niż
 - 2) liczba rat przypadających do całkowitej spłaty Kredytu po rozpoczęciu Pobytu w Szpitalu.
8. W przypadku równoczesnego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i Członka rodziny w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie.

PAMIĘTAJ: Za czas Twojego Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu Członka rodziny Ubezpieczyciel pokryje należne w tym okresie raty Kredytu.

Artykuł 12. Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Rachunków.

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczeniem w tym ubezpieczeniu jest spłata Rachunków Ubezpieczonego za okres Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, na zasadach określonych poniżej.
3. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu spłaty Rachunków przysługuje po upływie pięciu dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie przysługuje po upływie kolejnych trzydziestu następujących bezpośrednio po sobie dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Z ubezpieczenia spłaty Rachunków w wyniku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia jednak nie dłużej niż za okres Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

6. Wysokość świadczenia równa jest sumie kwot z tytułu Rachunków, których termin płatności przypada w miesiącach Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, nie więcej jednak niż 300 PLN miesięcznie.

PAMIĘTAJ: za czas Twojego pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel pokryje Twoje Rachunki za ten okres (nie więcej niż za 6 miesięcy).

Artykuł 13. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Spłata Kredytu.

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczeniem w tym ubezpieczeniu jest spłata Salda zadłużenia na zasadach określonych poniżej.
3. Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie raty Kredytu wskazanej w Harmonogramie lub innym dokumencie potwierdzającym wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu.
4. Świadczenie mogą otrzymać Ubezpieczeni lub Członkowie rodziny zatrudnieni w ramach Stosunku pracy lub prowadzący Działalność gospodarczą, którzy przedstawią odpowiednie zaświadczenie lekarskie o Czasowej niezdolności do pracy.
5. Pierwsze miesięczne świadczenie przysługuje po upływie siedmiu następujących bezpośrednio po sobie dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
6. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych trzydziestu następujących bezpośrednio po sobie dni Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Członka rodziny w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
7. Z tytułu ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonemu lub Członkowi rodziny przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń jednak nie więcej niż:
 - 1) liczba rat Kredytu, których wymagalność przypada po rozpoczęciu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i do jej zakończenia ale nie więcej niż
 - 2) liczba rat przypadających do całkowitej spłaty Kredytu po rozpoczęciu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
8. W przypadku równoczesnej Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego i Członka rodziny w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie.

PAMIĘTAJ: za czas niezdolności do pracy Twojej lub Członka rodziny powstałej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel pokryje należne w tym okresie raty Kredytu.

Artykuł 14. Utrata pracy przez Ubezpieczonego. Spłata Kredytu.

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Utrata pracy przez Ubezpieczonego.
2. Świadczeniem w tym ubezpieczeniu jest spłata Salda zadłużenia na zasadach określonych poniżej.

3. Miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy równe jest kwocie raty Kredytu wskazanej w Harmonogramie lub innym dokumencie potwierdzającym wysokość raty, liczbę rat i wartość kredytu.
4. Z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń w okresie ubezpieczenia jednak nie więcej niż:
 - 1) liczba rat Kredytu, których wymagalność przypada po dniu Utraty pracy i do dnia ponownego nawiązania Stosunku pracy lub podjęcia Działalności gospodarczej
 - 2) liczba rat pozostałych do całkowitej spłaty Kredytu po dniu Utraty pracy.
5. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy w momencie uzyskania statusu Bezrobotnego, pod warunkiem, iż Utrata pracy nastąpiła po upływie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Pierwsze miesięczne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Utraty pracy przysługuje z zastrzeżeniem ust. 8 począwszy od miesiąca uzyskania statusu Bezrobotnego przez Ubezpieczonego.
7. Drugie i kolejne miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych nieprzerwanych okresów trzydziestu dni utrzymania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego liczonych od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła wypłata pierwszego świadczenia.
8. W razie Utraty pracy w przypadku zatrudnienia na czas określony ostatnie miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy jest wypłacane w ciągu trzydziestu dni od dnia, w którym Stosunek pracy miał ulec rozwiązaniu zgodnie z okresem, na jaki został on zawarty, pod warunkiem, że Ubezpieczony nadal posiada status Bezrobotnego.
9. Ubezpieczony traci prawo do miesięcznego świadczenia z tytułu Utraty pracy od dnia, w którym:
 - 1) nawiązał Stosunek pracy,
 - 2) utracił status Bezrobotnego,
 - 3) uzyskał uprawnienia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego.

PAMIĘTAJ: w przypadku utraty przez Ciebie pracy Ubezpieczyciel pokryje raty Kredytu w okresie nawet 6 miesięcy.

Artykuł 15. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) powstałe przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 2) będące następstwem działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
 - 3) powstałe na skutek znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli osoba ta wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 4) powstałe na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
 - 5) powstałe na skutek chorób psychicznych Ubezpieczonego,

- 6) powstałe na skutek popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - 7) powstałe na skutek popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 8) powstałe na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
 - 9) powstałe na skutek umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 10) powstałe na skutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 11) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych nieposiadających wymaganych przepisami prawa licencji i zezwoleń na przewóz pasażerów.
2. Za Pobyt w Szpitalu Ubezpieczyciel nie uznaje pobytów związanych z:
 - 1) wykonaniem Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) wykonaniem Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki niezastosowania się Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń Lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami Lekarza prowadzącego.
 4. Dodatkowo z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ubezpieczeniu Utraty pracy wyłączone są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) gdy Utrata pracy nastąpi przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia,
 - 2) gdy Ubezpieczony przed datą objęcia ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia otrzymał od pracodawcy informację o zamiarze rozwiązania umowy o pracę, wypowiedzenia umowy lub zwolnienia w ramach zwolnień grupowych,
 - 3) gdy ustanie Stosunku pracy w wyniku wypowiedzenia go przez pracodawcę lub rozwiązania go na mocy porozumienia stron nastąpiło na wniosek pracownika.

PAMIĘTAJ: niektóre zdarzenia nie są objęte ochroną ubezpieczeniową - sprawdź zakres włączeń z odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W sytuacjach wskazanych w tym artykule nie otrzymasz świadczenia.

Cześć III. Postanowienia końcowe

Artykuł 16. Przetwarzanie danych osobowych.

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia jest Ubezpieczyciel, tj. AmTrust International Underwriters DAC 6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48 Numer rejestru: 169384

2. Ubezpieczyciel wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pisemnie na adres: AmTrust International Underwriters DAC (169384), 6-8 College Green, Dublin 2, D02 VP48, Irlandia. Możesz się z nim kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Ubezpieczyciel przetwarza dane osobowe w celu:
 - 1) wykonania umowy ubezpieczenia, w tym w celu przeprowadzenia procesu likwidacji szkody (rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia na podstawie umowy i przepisów ubezpieczeniowych), oraz w celach bezpośrednio z tym procesem związanych jak np. rozpatrywanie reklamacji czy dochodzenie roszczeń regresowych;
 - 2) realizacji innych czynności określonych w przepisach ubezpieczeniowych (tj. kodeks cywilny, ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, czy ustawa o dystrybucji ubezpieczeń), rachunkowych czy podatkowych;
 - 3) rozpatrzenia reklamacji oraz innych wniosków kierowanych do Ubezpieczyciela;
 - 4) realizacji innych swoich prawnie usprawiedliwionych celów takich jak obrona i dochodzenie roszczeń, windykacja, zapewnianie wysokiej jakości obsługi Klientów, reasekuracja ryzyk, ustalanie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, analityki pozwalającej m.in. na optymalizację produktów oraz procesów czy marketing produktów własnych Ubezpieczyciela.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest w zależności od sytuacji, obowiązek prawny lub prawnie uzasadniony cel Ubezpieczyciela.
5. Kategorie danych przetwarzanych przez Ubezpieczyciela:
 - 1) ogólne dane identyfikacyjne i kontaktowe: imię i nazwisko; adres zamieszkania; adres e-mail i numer telefonu; płeć; związki rodzinne z ubezpieczonym lub zgłaszającym roszczenie;
 - 2) ogólne informacje dotyczące ubezpieczenia: numer ubezpieczenia, numer zgłoszenia roszczenia, informacje dotyczące pożyczek lub kredytów, jeśli ubezpieczenie obejmuje lub zapewnia zabezpieczenie spłaty kredytu; oraz informacje o zaistniałej szkodzie / uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) informacje wymagane w celu wykrywania oszustw, zapobiegania im i prowadzenia dochodzeń w ich sprawie lub w celu sprawdzania w wykazach podmiotów objętych sankcjami.
6. Obowiązek podania danych i źródło ich pozyskania:
 - 1) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia oraz do likwidacji szkody i wynika z obowiązków nałożonych na Ubezpieczyciela przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego prawa.
 - 2) Ubezpieczyciel pozyskuje dane osobowe od:
 - a) Ubezpieczającego jako strony Umowy Ubezpieczenia Grupowego;
 - b) Ubezpieczonego,
 - c) osoby, której dane dotyczą.

7. Ubezpieczyciel może udostępniać dane osobowe:

- 1) podmiotom przetwarzającym dane osobowe, którym zleca realizację czynności związanych z przetwarzaniem danych, np. zleceńbiorcom czynności likwidacyjnych, agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT czy podmiotom prowadzącym windykację. Mogą one przetwarzać dane osobowe na podstawie umowy z Ubezpieczycielem jedynie w zakresie i celu, w jakich przetwarza je Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel zawarł pisemne umowy ze wszystkimi podmiotami przetwarzającymi dane osobowe w jego imieniu, na mocy których zobowiązują się one do zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych oraz do przestrzegania naszych wymogów bezpieczeństwa, ograniczeń i wymagań dotyczących międzynarodowego przekazywania danych osobowych oraz zgodnie z RODO;
- 2) podmiotom upoważnionym do tego na podstawie przepisów prawa, np. właściwym organom państwowym lub instytucjom wobec których ma prawny obowiązek ujawnienia informacji ;

8. Międzynarodowe przekazywanie danych osobowych

- 1) W celach wskazanych w ust. 3 Ubezpieczyciel może przekazywać dane osobowe podmiotom spoza Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego „(EU/EOG)”. W takim przypadku Ubezpieczyciel zapewnia odpowiedni poziom ochrony danych i stosuje odpowiednie środki zabezpieczające zgodnie z obowiązującymi wymogami w zakresie ochrony danych, takimi jak RODO. Zabezpieczenia te polegają na zapewnieniu, że państwo trzecie, do którego przekazywane są dane, zostało uznane przez Komisję Europejską za posiadające odpowiedni poziom ochrony lub, w przypadku braku decyzji stwierdzającej odpowiedni poziom ochrony, że standardowe klauzule umowne Komisji Europejskiej zostały zawarte między Ubezpieczycielem a odbiorcą. Ubezpieczyciel przekazuje dane osobowe do Wielkiej Brytanii, USA i do Izraela.
- 2) Informacje o tym, które państwa zapewniają odpowiedni stopień ochrony danych, są dostępne na stronie internetowej Komisji Europejskiej. Kopię zawartych Standardowych Klauzul Umownych można uzyskać po złożeniu pisemnego wniosku do Inspektora Ochrony Danych na adres podany w ust. 2.

9. Okres przetwarzania danych osobowych

- 1) Ubezpieczyciel przetwarza dane osobowe przez okres ochrony, a po jego zakończeniu przez odpowiednie okresy przedawnienia wszelkich roszczeń. Standardowo okres przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia wynosi 3 lata, zaś przedawnienie roszczeń stwierdzonych prawomocnym orzeczeniem albo ugodą sądową wynosi 6 lat od uprawomocnienia się orzeczenia.
- 2) Ponadto Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych do celów księgowych i podatkowych przez okres wynikający z odpowiednich przepisów.

10. Profilowanie ubezpieczeniowe i decyzje oparte na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych.

Ubezpieczyciel nie wykorzystuje danych osobowych pozyskanych w związku z realizacją Umowy Ubezpieczenia Grupowego w celu profilowania lub podejmowania decyzji w oparciu o zautomatyzowane przetwarzanie.

11. Prawa osób, których dane dotyczą

- 1) Ubezpieczyciel zapewnia, że dane osobowe są wykorzystywane zgodnie z prawem, a osoba, której dane dotyczą ma skorzystania z przysługujących jej praw. Każda osoba, której dane są przetwarzane przez Ubezpieczyciela ma możliwość skontaktować się z Ubezpieczycielem w każdej chwili w razie chęci skorzystania ze swoich praw.
- 2) Ubezpieczyciel jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na wniosek osoby, której dane dotyczą w ciągu jednego (1) miesiąca od daty otrzymania wniosku. W przypadku, gdy wniosek jest skomplikowany lub Ubezpieczyciel otrzymał dużą liczbę wniosków, czas na udzielenie odpowiedzi może zostać wydłużony o dodatkowe dwa (2) miesiące. W razie konieczności wydłużenia terminu Ubezpieczyciel poinformuje wnioskodawcę, w ciągu jednego (1) miesiąca od daty otrzymania wniosku o konieczności wydłużenia terminu na udzielenie odpowiedzi, wskazując jednocześnie na powody uzasadniające takie przedłużenie czasu oraz pouczając o prawie do złożenia skargi do organu regulacyjnego.
- 3) Prawa podmiotu, którego dane dotyczą:
 - a) żądania dostępu do swoich danych,
 - b) sprostowania danych, jeżeli są nieprawidłowe,
 - c) złożenia wniosku o przeniesienie danych do innego podmiotu w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
 - d) żądania usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania – w określonych w przepisach przypadkach, gdy nie ma innej przesłanki do przetwarzania danych,
 - e) złożenia sprzeciwu, dotyczącego przetwarzania danych osobowych w tzw. usprawiedliwionych celach administratora, czyli w celach innych niż np. realizacja umowy ubezpieczenia czy wypełnianie ciążących na Ubezpieczycielu obowiązków prawnych,
 - f) wycofania zgody, jeżeli dane były przetwarzane na podstawie zgody,
 - g) złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który jest organem nadzorczym w zakresie ochrony danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, należy skontaktować się na piśmie z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem podanym w ust. 2 powyżej.

PAMIĘTAJ: W celu realizacji swoich obowiązków Ubezpieczyciel przetwarza dane osobowe Ubezpieczonych – w tym Twoje, a w razie wystąpienia z roszczeniem dotyczącym Członka rodziny – także tej osoby. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na zasadach określonych powyżej. Ubezpieczyciel dokłada najwyższej staranności, by Twoje dane były przetwarzane i zabezpieczone w sposób zgodny z przepisami prawa i najlepszymi praktykami rynkowymi.

Artykuł 17. Postanowienia końcowe.

1. Dla stosunków z umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU, właściwym jest prawo polskie.
2. Niniejsze SWU o numerze 2/ZB/2025 zostały zatwierdzone w dniu 01.02.2025 r. i obowiązują od dnia 02.02.2025 r.