Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance

KOD: MAS 01/12

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Nazwa świadczenia	**Numer zapisu wzorca umowy**	
	Przesłanki wypłaty świadczeń:	**Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia**
Pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 1)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Dostawa podstawowych artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 2)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Transport medyczny	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 3)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 4)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 5)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Transport opiekuna do dzieci lub osób niesamodzielnych	§ 2 ust. 2, § 3 ust 4, § 4 pkt 6)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Opieka nad zwierzętami domowymi	§ 2 ust 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 7)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Powiadamianie rodziny	§ 2 ust 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 8)	§ 3 ust. 5-7, § 5

Nazwa świadczenia	Numer zapisu wzorca umowy	
	Przesłanki wypłaty świadczeń:	**Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ERGO Hestia uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia**
Infolinia medyczna	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 9)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Opieka domowa po hospitalizacji	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 10)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Organizacja wizyty u lekarza specjalisty (koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony)	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 11)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Pokrycie kosztów wizyty fizykoterapeuty lub wizyty w poradni rehabilitacyjnej	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 12)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 13)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Pokrycie kosztów wizyty u psychologa	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 14)	§ 3 ust. 5-7, § 5
Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-maluch”	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 4, § 4 pkt 15)	§ 3 ust. 5-7, § 5

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance (kod: MAS 01/12), zwanych dalej „Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance, zwane dalej „umową ubezpieczenia".
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko pod warunkiem wcześniejszego lub jednoczesnego zawarcia z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA umowy Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina, zwanej dalej „umową główną". Zawarcie umowy ubezpieczenia stwierdzone zostanie w dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie umowy głównej lub w aneksie do umowy głównej.

§ 2

1. Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia przyjmują znaczenie nadane im w ogólnych warunkach ubezpieczenia na podstawie których zawarto umowę główną, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia lub w umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia:
1) **Centrum Alarmowe** - podmiot, który w imieniu Ubezpieczyciela uprawniony jest do organizacji i wykonywania świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia,
2) **rok polisowy** - okres 12 miesięcy liczonych od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem na podstawie umowy głównej oraz od dnia każdej rocznicy polisy,
3) **nagłe zachorowanie** - stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej,
4) **współubezpieczony** - osoba bliska Ubezpieczonemu, wspólnie z nim zamieszkująca,
5) **lekarz pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego** - lekarz pierwszego kontaktu (internista lub lekarz specjalista medycyny rodzinnej) wysyłany do ubezpieczonego lub współubezpieczonego przez Centrum Alarmowe, który zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną wykonuje na zlecenie Centrum Alarmowego świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z trzech wariantów: podstawowym, rozszerzonym lub maksymalnym, które różnią się zakresem świadczeń i limitami odpowiedzialności wskazanymi w tabeli w ust. 4 poniżej.
3. Świadczenia przewidziane w ramach umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia realizowane są przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Centrum Alarmowego.
4. Zakres świadczeń w poszczególnych wariantach ubezpieczenia oraz wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 5 - 8, oraz § 4 i § 5, określone są w tabeli:

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Świadczenie	Suma ubezpieczenia		
		Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) lub nagłego zachorowania	Pokrycie kosztów wizyty lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego	brak	500 zł	500 zł
	Dostawa podstawowych artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków	300 zł	300 zł	300 zł
	Transport medyczny	bez limitu		
	Pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	1.000 zł	1.000 zł	1.000 zł
	Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi	450 zł	450 zł	450 zł
	Transport opiekuna do dzieci lub osób niesamodzielnych	200 zł	200 zł	200 zł
	Opieka nad zwierzętami domowymi	300 zł	300 zł	300 zł
	Powiadamianie rodziny	bez limitu		
	Infolinia medyczna	bez limitu		
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) lub nagłego zachorowania	Opieka domowa po hospitalizacji	brak		400 zł
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty (koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony)	brak		bez limitu
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW)	Pokrycie kosztów wizyty fizykoterapeuty lub wizyty w poradni rehabilitacyjnej	brak		500 zł
	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	brak		300 zł
Trwałe inwalidztwo w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW)	Pokrycie kosztów wizyty u psychologa	brak		1.000 zł
W razie zajścia przewidzianego umową ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego	Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-Maluch"	brak		bez limitu

5. W przypadku realizacji świadczeń suma ubezpieczenia określona dla poszczególnych świadczeń w poszczególnych wariantach ulega zmniejszeniu o kwotę stanowiącą równowartość wypłaconego świadczenia. W przypadku całkowitego wykorzystania sumy ubezpieczenia dla danego świadczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa dotycząca tego świadczenia do końca bieżącego roku polisowego.
6. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych świadczeń w poszczególnych wariantach stanowią limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w roku polisowym i określane są łącznie dla Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych, z uwzględnieniem ust. 7 i 8.
7. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych świadczeń w poszczególnych wariantach ulegają odnowieniu i obowiązują w pełnej wysokości począwszy od kolejnego roku polisowego.
8. Łączny limit dla sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 4 - 7 w odniesieniu do jednego lub wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem jednego lub wszystkich nieszczęśliwych wypadków lub nagłego zachorowania w danym roku polisowym stanowi kwota 3000zł (słownie: trzy tysiące złotych).

§ 4

Szczegółowy opis świadczeń wskazanych w tabeli w § 3 ust. 4:
1) **Pokrycie kosztów wizyty lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego** - Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, na które składają się dojazd i honorarium lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego do wysokości ustalonego limitu,
2) **Dostawa podstawowych artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków** - Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków lub podstawowych artykułów żywnościowych i higienicznych do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu, którzy nie mogą opuszczać miejsca pobytu zgodnie z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego; koszt zakupu leków lub artykułów żywnościowych i higienicznych jest pokrywany przez Ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
3) **Transport medyczny** - Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego z miejsca jego pobytu do szpitala lub innej placówki medycznej zgodnie z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego do wysokości ustalonego limitu,
4) **Pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki** - Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego zgodnie z zaleceniami lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego do wysokości ustalonego limitu.
5) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić taką opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego, zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego lub współubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
6) **Transport opiekuna do dzieci lub osób niesamodzielnych** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje i pokryje koszt przejazdu w obydwie strony (pociągiem lub autobusem, a w przypadku odległości mniejszej niż 20 km taksówką) osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi przebywającymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego z miejsca pobytu osoby wyznaczonej na terenie Polski do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu,
7) **Opieka nad zwierzętami domowymi** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje i pokryje koszt opieki nad zwierzętami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu,
8) **Powiadamianie rodziny** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywa w szpitalu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego, na życzenie Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym lub współubezpieczonym, a jego rodziną,
9) **Infolinia medyczna** - Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym Centrum Alarmowego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej udzieli Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku. Informacje udzielone przez lekarza dyżurnego Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu następujące informacje:
a) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
b) lokalizacje, numery telefonów oraz godziny pracy aptek, przychodni oraz szpitali na terenie kraju,
c) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
d) informacje o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
e) informacje o placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,

10) **Opieka domowa po hospitalizacji** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony był hospitalizowany powyżej 7 dni Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego, po uzyskaniu zalecenia lekarza, który sprawował nad Ubezpieczonym lub współubezpieczonym opiekę medyczną, organizuje i pokrywa koszty opieki domowej po zakończonej hospitalizacji do wysokości ustalonego limitu.
11) **Organizacja wizyty u lekarza specjalisty** - jeżeli lekarz pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego, zaleci wizytę u lekarza specjalisty Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego lub współubezpieczonego; koszt wizyty lekarza specjalisty ponosi Ubezpieczony lub współubezpieczony,
12) **Pokrycie kosztów wizyty fizykoterapeuty lub wizyty w poradni rehabilitacyjnej** - jeżeli po doznanym nieszczęśliwym wypadku lekarz, który sprawował nad Ubezpieczonym lub współubezpieczonym opiekę medyczną, zalecił stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w celu przywrócenia pełnej sprawności (lub poprawy sprawności) Ubezpieczonego lub współubezpieczonego Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty pracy rehabilitanta do wysokości ustalonego limitu,
13) **Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza, który sprawował nad Ubezpieczonym lub współubezpieczonym opiekę medyczną, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Ubezpieczonego lub współubezpieczonego do wysokości ustalonego limitu
14) **Pokrycie kosztów wizyty u psychologa** - jeżeli Ubezpieczony lub współubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego uległ trwałemu inwalidztwu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego, na zlecenie lekarza, który sprawował nad Ubezpieczonym lub współubezpieczonym opiekę medyczną, zorganizuje i pokryje koszty wizyty lub wizyt Ubezpieczonego lub współubezpieczonego u psychologa do wysokości ustalonego limitu,
15) **Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-Maluch”** - w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia na życzenie Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, Centrum Alarmowe przekaże następujące informacje:
a) informacje o szkołach rodzenia,
b) informacje o pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
c) informacje o pielęgnacji noworodka,
d) informacje o szczepieniach dzieci,
e) informacje o przedszkolach, szkołach i uczelniach na terenie kraju,
f) informacje o ośrodkach kolonijnych, schroniskach młodzieżowych, ośrodkach sportowo-rekreacyjnych na terenie kraju.

III. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 5

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia Ubezpieczony lub współubezpieczony w celu skorzystania ze świadczenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia powinni niezwłocznie zawiadomić Centrum Alarmowe o zdarzeniu.
2. Ubezpieczyciel realizuje świadczenia z umowy ubezpieczenia za pomocą Centrum Alarmowego oraz lekarzy pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego.
3. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub współubezpieczonego samodzielnie nawet jeżeli ich wysokość mieści się w granicach sumy ubezpieczenia, gdyż zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia świadczenia realizowane są przez Centrum Alarmowe lub lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego (chyba, że zawiadomienie Centrum Alarmowego nie było możliwe z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, lub z powodu działania siły wyższej a wystąpiła konieczność udzielenia Ubezpieczonemu lub współubezpieczonemu natychmiastowej pomocy).
4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
2) świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w wyniku:
1) działania Ubezpieczonego lub współubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu (za 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 dm^3; za 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 dm^3);
2) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) bądź choroby układu nerwowego;
3) próby samobójczej Ubezpieczonego lub współubezpieczonego;
4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu;
5) następstw i konsekwencji chorób Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, które przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową zostały zdiagnozowane przez lekarza, były

leczone lub których objawy występowały przed tym dniem; za objawy choroby uważa się takie objawy, których występowanie potwierdzono w procesie rozpatrywania roszczenia, i które, zgodnie z wiedzą medyczną, są charakterystyczne dla danego rodzaju choroby;
6) rekonwalescencji Ubezpieczonego lub współubezpieczonego lub schorzeń w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone;
7) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub współubezpieczonego bądź komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej i które przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem; za objawy choroby uważa się takie objawy, których występowanie potwierdzono w procesie rozpatrywania roszczenia, i które, zgodnie z wiedzą medyczną, są charakterystyczne dla danego rodzaju choroby.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazanego w § 3 ust. 4 wyłączone są ponadto organizacja i koszty świadczeń medycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niezrealizowanie świadczeń z umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jeżeli jest to niemożliwe z powodu działania siły wyższej.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania obejmuje następujące świadczenia:
1) Pokrycie kosztów wizyty lekarza pierwszego kontaktu Centrum Alarmowego,
2) Dostawy podstawowych artykułów żywnościowych i higienicznych oraz leków,
3) Transportu medycznego,
4) Pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki,
5) Opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi,
6) Transportu opiekuna do dzieci lub osób niesamodzielnych,
7) Opieki nad zwierzętami domowymi,
8) Powiadamiania rodziny,
9) Infolinii medycznej,
10) Opieki domowej po hospitalizacji,
11) Organizacji wizyty u lekarza specjalisty, z zastrzeżeniem, że koszt wizyty pokrywa Ubezpieczony lub współubezpieczony.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w wyniku nieszczęśliwego wypadku obejmuje następujące świadczenia:
1) Pokrycie kosztów wizyty fizykoterapeuty lub wizyty w poradni rehabilitacyjnej,
2) Dostawy sprzętu rehabilitacyjnego,
10. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego lub współubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje świadczenie w postaci organizacji wizyty u psychologa.
11. W odniesieniu do Serwisu informacyjnego dla rodziców informacja udzielana jest każdorazowo w razie zajścia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych umową ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 6

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

§ 7

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia umowy głównej, dotyczących doręczenia polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści: złożonej przez niego oferty lub od ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony - do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy 12 miesięczne, o ile Ubezpieczający ani Ubezpieczyciel, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, nie złożą oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
4. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia okresu tej umowy.

§ 8

Z zastrzeżeniem postanowień poniższych paragrafów, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się z odpowiednim zastosowaniem postanowień umowy głównej w tym przedmiocie.

V. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

W przypadku rozwiązania umowy głównej, umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

§ 10

W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kończy się, jeżeli zakończy się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do tych Ubezpieczonych z tytułu umowy głównej oraz w sytuacjach, gdy umowa główna przewiduje zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umów dodatkowych.

VI. SKŁADKA

§ 11

Składka ubezpieczeniowa z tytułu odpowiedzialności Ubezpieczyciela przewidzianej w umowie ubezpieczenia ustalana jest w umowie ubezpieczenia i opłacana jest na zasadach wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie do umowy głównej.

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

W sprawach nieuregulowanych odrębnie w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia stosuje się Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy głównej doręczane Ubezpieczającemu przy zawarciu umowy głównej oraz odpowiednie, powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 13

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 1 czerwca 2013 roku.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu

Małgorzata Makulska

Aneks do Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance o symbolu MAS 01/12

1. Na podstawie niniejszego Aneksu, z zachowaniem w mocy pozostałych postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance, o symbolu MAS 01/12 (dalej: „OWU"), wprowadza się następujące zmiany:
   1) § 1 OWU uzupełnia się o ustępy 4 – 14 w brzmieniu:

      „4. Administratorem danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. (dalej: „Ubezpieczyciel"). 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.

      5. 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.

      6. 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 m.in. daty urodzenia, informacji o stanie zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie. Decyzje będą oparte o automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy. Dla przykładu w przypadku gdy wykonuje Pani/Pan zawód o wysokim stopniu ryzyka tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa;

         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. Decyzja o wyborze ścieżki likwidacyjnej będzie podejmowana na podstawie danych zebranych w trakcie procesu zgłoszenia roszczenia oraz rodzaju roszczenia;

         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 Ubezpieczyciela dla celów przestępczych;

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

         8) wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu (dalej: „ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu");

9) wypełnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), jak i w zakresie automatycznej wymiany informacji podatkowych z innymi państwami – CRS (Common Reporting Standard);

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

11) analitycznych i statystycznych.

7. Podstawy prawne przetwarzania danych osobowych:

   1) przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do 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.

8. 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 Ubezpieczyciela 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.

9. Ubezpieczyciel przekaże dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel 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.

10. Osoby, których dane osobowe przetwarzane są przez Ubezpieczyciela, 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.

11. W celu skorzystania z praw określonych w ust. 10 należy skontaktować się z administratorem danych lub z Inspektorem Ochrony Danych.

12. 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, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 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.

13. 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.

14. Administrator danych osobowych ma prawo do weryfikacji danych osobowych zawartych w umowie ubezpieczenia z listami ogłaszanymi przez Generalnego Inspektora Informacji Finansowej zawierającymi dane osób stanowiących zagrożenie dla międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa i objętych w związku z tym sankcjami finansowym, zgodnie z art. 117 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu."

2) § 6 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu może w celu wykonania obowiązków instytucji obowiązanej i stosowania środków bezpieczeństwa finansowego żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji."

3) § 7 OWU uzupełnia się o ustępy 5 – 6 w brzmieniu:

5. Ubezpieczający jest zobowiązany:

1) w umowach zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych, do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacji o:

a) firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;

b) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego – o ile takie otrzymuje zgodnie z treścią art. 18 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;

c) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów;

2) przekazywania Ubezpieczonym Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z Załącznikami przed ich przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz

3) pośredniczenia w przekazywaniu osobom wnioskującym o ubezpieczenie oraz objętym ubezpieczeniem informacji kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela oraz do Ubezpieczyciela od Ubezpieczonych, w tym informacji o przedłużeniu lub nie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny rok polisowy.

6. W zakresie umów, o których mowa w ust. 5 powyżej, do Ubezpieczającego stosuje się odpowiednio przepis art. 7 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń."

4) § 9 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„1. W przypadku rozwiązania umowy głównej, umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana w tym samym trybie i na tych samych warunkach.

2. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel jako instytucja obowiązana w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu nie może zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego określonych w tej ustawie, rozwiązuje stosunki gospodarcze (umowę ubezpieczenia)."

5) § 13 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Ubezpieczający, ubezpieczony, beneficjent lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela lub agenta ubezpieczeniowego.

2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez Ubezpieczyciela oraz Agenta wyłącznego Ubezpieczyciela, 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, 58 555 55 55;

c) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;

d) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.

3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.

4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.

5) W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta Ubezpieczyciela poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.

6) Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.

3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest Agenta, który działa w imieniu lub na rzecz Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel przekaże reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją."

6) § 14 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

1. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia zawierane przez Ubezpieczyciela 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, Ubezpieczyciel nie będzie uznany za udzielającego ochrony ubezpieczeniowej oraz nie będzie zobowiązany 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 Ubezpieczyciela.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczane jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl."

2. Postanowienia zawarte w niniejszym Aneksie obowiązują i mają zastosowanie do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia Medical Assistance, zawieranych od dnia 1 października 2019 roku.