

**WARUNKI UBEZPIECZENIA UTRATY ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH
POBRANYCH Z BANKOMATU DLA KLIENTÓW mBANK S.A.**

(KOD: BRE – 01/23)

Poniższa tabela informuje, które z zawartych w niniejszych „Warunkach ubezpieczenia utraty środków pieniężnych pobranych z bankomatu dla Klientów mBanku S.A. (kod: BRE-01/23)” postanowień regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3, §9
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§3 ust. 3, §4, §6 ust.1-3, §8 ust. 3, ust. 6-7 i ust. 9, §11

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (Ubezpieczyciel), udziela w ramach Umowy Generalnej NR LO UG/002/002/BUI zawartej z mBank S.A. (Ubezpieczający) – dawniej BRE Bank SA, ochrony ubezpieczeniowej na rachunek Klientów, którym mBank S.A. (dawniej BRE Bank SA) wydał karty płatnicze, (Ubezpieczeni) w zakresie ubezpieczenia utraty środków pieniężnych pobranych z bankomatu.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia:

- 1) **aktywacja karty płatniczej** – aktywowanie karty dokonane przez użytkownika lub Klienta w sposób wskazany przez Ubezpieczającego, które umożliwi korzystanie z karty płatniczej,
- 2) **karta płatnicza** – karta Visa Business Gold PayWave, Visa Business Platynowa PayWave, Mastercard Corporate Gold PayPass, Visa Business PayWave, Mastercard Corporate PayPass, Visa Business debetowa PayWave, Visa Business Prepaid, Visa Business Świat, Mastercard Business debetowa w EUR, Mastercard Business debetowa WOŚP, Mastercard Business Prepaid Contactless oraz Visa Business Prepaid Contactless, wydane przez mBank S.A. (dawniej BRE Bank SA),
- 3) **Klient** – osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, o ile posiada zdolność prawną, a lub osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł umowę o karty płatnicze i wydał kartę płatniczą,
- 4) **osoby trzecie** – osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 5) **rozbój** – zabór mienia przy użyciu lub groźbie natychmiastowego użycia przemocy fizycznej wobec Ubezpieczonego lub użytkownika albo doprowadzeniu go do stanu nieprzytomności lub bezbronności.
- 6) **szkoda** – utrata ubezpieczonych środków pieniężnych,
- 7) **środki pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne,
- 8) **Ubezpieczający** – mBank S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Prosta 18 00-850 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000025237, NIP 526-021-50-88, o wpłaconym w całości kapitale zakładowym, którego wysokość wg stanu na dzień 01.01.2023 r. wynosi 169.733.980 złotych (dawniej BRE Bank SA),
- 9) **Ubezpieczony** – Klient, który został objęty ochroną ubezpieczeniową,
- 10) **Ubezpieczyciel** – Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, ul. Hestii 1 81-731 Sopot, wpisane do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90, o kapitale zakładowym 196.580.900 zł opłaconym w całości, posiada status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych
- 11) **Uprawniony** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny podmiot upoważniony do otrzymania odszkodowania z tytułu wypadku wskazany przez Ubezpieczonego,
- 12) **użytkownik** – osoba fizyczna, która została upoważniona przez Ubezpieczonego do korzystania z karty płatniczej,
- 13) **wypadek** – zdarzenie powodujące wystąpienie szkody w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są będące pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego lub użytkownika środki pieniężne pobrane przez niego z bankomatu przy użyciu karty płatniczej.
2. Wymienione w ust. 1 środki pieniężne są objęte ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych na skutek rozboju.
3. Środki pieniężne, o których mowa w ust. 1, objęte są ochroną ubezpieczeniową przez okres 1 godziny od momentu ich pobrania z bankomatu, z zastrzeżeniem postanowień § 7.
4. Zakresem ubezpieczenia objęte są wypadki zaistniałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokoju społecznych, trzęsienia ziemi, strajków, lokautów oraz aktów terroryzmu i sabotażu, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez władzę,
2. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony lub użytkownik wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony lub użytkownik pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Objęcie ochroną ubezpieczeniową kart Visa Business PayWave i Mastercard Corporate PayPass następuje następnego dnia po dniu, w którym zostało złożone u Ubezpieczającego pisemne oświadczenie Ubezpieczonego dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową kart Visa Business debetowa PayWave, Visa Business Gold PayWave, Visa Business Platynowa PayWave, Mastercard Corporate Gold PayPass, Visa Business Świat, Mastercard Business debetowa w EUR, Mastercard Business debetowa WOŚP, następuje z zastrzeżeniem ust. 4, każdorazowo następnego dnia po dniu, w którym wystawiono kartę.
3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową kart Visa Business Prepaid, Mastercard Business Prepaid Contactless oraz Visa Business Prepaid Contactless następuje, z zastrzeżeniem ust. 4, każdorazowo w momencie aktywacji karty płatniczej przez Klienta lub użytkownika.
4. W przypadkach wskazanych w ust. 2 i 3 Ubezpieczony składa pisemne oświadczenie dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Składając oświadczenie w sprawie objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony upoważnia Ubezpieczającego w przypadku wystąpienia szkody do ujawnienia danych osobowych oraz niezbędnych informacji objętych tajemnicą bankową, w zakresie związanym z realizacją postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia, z wyłączeniem dokumentów wskazujących na wysokość środków zgromadzonych na rachunku Ubezpieczonego.
6. W przypadku wystawienia nowej karty płatniczej w miejsce karty unieważnionej lub karty, której zakończył się okres ważności, ubezpieczenie nowo wystawionej karty jest kontynuowane bez konieczności ponownego składania pisemnego oświadczenia wskazanego w ust. 1 i 4.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 6

1. Sumę ubezpieczenia, stanowiącą limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego i wszystkich wypadków w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, ustala się dla każdej ubezpieczonej karty płatniczej.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, w zależności od rodzaju karty wynosi:
 - 1) dla kart Visa Business PayWave, Visa Business debetowa PayWave, Visa Business Prepaid, Mastercard Corporate PayPass, Visa Business Świat, Mastercard Business debetowa w EUR, Mastercard Business debetowa WOŚP, Mastercard Business Prepaid Contactless oraz Visa Business Prepaid Contactless limit odpowiedzialności na wszystkie wypadki w 12 - miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej - 5.000 zł,
 - 2) dla kart Visa Business Gold PayWave, Visa Business Platynowa PayWave i Mastercard Corporate Gold PayPass limit odpowiedzialności na wszystkie wypadki w 12 - miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej - 10.000 zł.
3. Po wypłacie odszkodowania suma ubezpieczenia dla danej ubezpieczonej karty płatniczej zmniejsza się o kwotę wypłaconego odszkodowania, aż do jej całkowitego wyczerpania, w której to sytuacji ochrona ubezpieczeniowa wygasa.
4. Wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej ustalona jest na podstawie rodzaju karty, limitu odpowiedzialności i zakresu ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej płatna jest przez Ubezpieczającego.
6. Zwrot składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczającemu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana Ubezpieczonemu każdorazowo na okres 12 miesięcy, jednakże maksymalnie na okres ważności karty płatniczej, o której mowa w § 2 pkt 2).
2. Ochrona ubezpieczeniowa automatycznie przedłuża się na następny 12-miesięczny okres ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Ubezpieczony w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w każdym czasie może złożyć na piśmie oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) następnego dnia po dniu, w którym wystawiono kartę – dla kart Visa Business debetowa PayWave, Visa Business Gold PayWave, Visa Business Platynowa PayWave, Mastercard Corporate Gold PayPass, Visa Business Świat, Mastercard Business debetowa w EUR, Mastercard Business debetowa WOŚP
 - 2) z momentem aktywacji karty – dla kart Visa Business Prepaid, Mastercard Business Prepaid Contactless oraz Visa Business Prepaid Contactless

- 3) następnego dnia po dniu, w którym zostało złożone u Ubezpieczającego oświadczenie dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową, o którym mowa w § 5 ust. 1, dla kart Visa Business PayWave i Mastercard Corporate PayPass.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
- 1) z upływem okresu ochrony ubezpieczeniowej, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem, z zastrzeżeniem postanowień pkt 2),
 - 2) każdorazowo z dniem utraty ważności karty płatniczej, jeżeli w jej miejsce nie została wystawiona nowa karta płatnicza,
 - 3) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 4) z dniem rozwiązania umowy o karty płatnicze,
 - 5) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi lub Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 8

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do zapoznania użytkownika z postanowieniami niniejszych warunków ubezpieczenia.
2. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony i użytkownik obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzi lub zmniejszenia jej rozmiarów. .
3. Ubezpieczony lub użytkownik są zobowiązani niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od wypadku, powiadomić miejscową jednostkę policji o rozboju i uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu z wyszczególnieniem wysokości utraconej kwoty. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzedzającym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczeniem jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości, zawiadomić Ubezpieczyciela o szkodzi.
5. Ponadto do obowiązków Ubezpieczonego i użytkownika należy:
 1. zabezpieczyć dowody zaistnienia szkody oraz rzeczy zniszczone lub uszkodzone w celu umożliwienia dokonania ich oględzin przez Ubezpieczyciela,
 2. podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
 3. stosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 4. umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
 6. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełnił obowiązku określonego w ust. 2, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
 7. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 4, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
 8. Skutki braku zawiadomienia, określone w ust. 7 nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym w ust. 4 otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
 9. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczonego lub użytkownika obowiązków wymienionych w ust. 5, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności wypadku, rozmiaru szkody lub wysokości odszkodowania lub świadczenia.

USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§ 9

Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia Ubezpieczonego, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu likwidacyjnym, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

§ 10

Rozmiar szkody ustalany jest według wartości nominalnej środków pieniężnych (wartość nominalną waluty obcej przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu powstania szkody).

§ 11

1. Odszkodowanie ustala się w kwocie odpowiadającej rozmiarowi szkody w granicach sumy ubezpieczenia.
2. W granicach sumy ubezpieczenia odszkodowanie obejmuje:
 - 1) wartość utraconych środków pieniężnych,
 - 2) poniesione przez Ubezpieczonego koszty prowizji za wypłatę środków pieniężnych w bankomacie do wysokości 50 zł.

§ 12

1. Ubezpieczający lub użytkownik zobowiązani są dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, w tym w szczególności:
 - 1) dokumenty potwierdzające fakt powiadomienia przez Ubezpieczonego policji o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) bankowe potwierdzenie dokonania wypłaty środków pieniężnych w bankomacie, zawierające określenie wysokości wypłaty oraz dnia i godziny jej dokonania.
2. Ubezpieczony lub użytkownik mają obowiązek udostępnić inne dokumenty, które Ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, z wyłączeniem dokumentów wskazujących na wysokość środków zgromadzonych na rachunku Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego lub użytkownika dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody.

§ 13

Odszkodowanie wypłaca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczonego.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania w terminie wskazanym w ust. 1 stało się 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 Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część odszkodowania wypłaca w terminach wskazanych w ust. 1 lub 2.
4. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli to nie on zgłosił roszczenie, na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 1 lub 2, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania lub świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 15

1. Ubezpieczyciel ma prawo wyznaczenia niezależnego eksperta w celu określenia przyczyny, rozmiaru szkody i należnego odszkodowania oraz w celu udzielenia Ubezpieczonemu i użytkownikowi instrukcji i wskazówek dotyczących postępowania zmierzającego do złagodzenia skutków wypadku lub zminimalizowania rozmiarów szkody.
2. Ubezpieczony i użytkownik są obowiązani dostarczyć Ubezpieczycielowi lub wyznaczonemu przez niego ekspertowi wszystkie dokumenty, które Ubezpieczyciel lub wyznaczony ekspert uważa za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania z wyłączeniem dokumentów wskazujących na wysokość środków zgromadzonych na rachunku Ubezpieczonego.

§ 16

Jeżeli po wypłacie odszkodowania Ubezpieczony odzyskał utracone środki pieniężne, obowiązany jest zwrócić wypłacone odszkodowanie.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 17

1. Z dniem wypłaty odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przechodzi na Ubezpieczyciela, jeśli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony lub użytkownik obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie informacje i dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez Ubezpieczyciela określonych w ust. 1, z wyłączeniem dokumentów wskazujących na wysokość środków zgromadzonych na rachunku Ubezpieczonego.
4. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego bez zgody Ubezpieczyciela praw przysługujących mu do osób trzecich z tytułu szkód, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części w zakresie w jakim zrzeczenie to może uniemożliwić dochodzenie przez Ubezpieczyciela od osób trzecich roszczeń, określonych w ust. 1.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, osoba dochodząca 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 zlecający gwarancji ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz Agentą wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
 1. Reklamacje 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, 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 reklamacje 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 reklamacje;
 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 przedłużania terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
 5. W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii 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 Agentą, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli – w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

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 Agentą. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia prześle reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.

§ 19

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 konkretnej umowy, zatem 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. zatem, 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 będzie stosowane profilowanie. Oznacza to, że na podstawie danych zostanie opracowany profil marketingowy, w celu przedstawienia oferty dopasowany do potrzeb osoby;
 - 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 przekaze 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.

§ 20

Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela albo przez Ubezpieczyciela, powinny być składane na piśmie. Powinność powyższa nie dotyczy wskazanych w warunkach ubezpieczenia sytuacji, w których oświadczenia Klienta mBanku S.A. lub Ubezpieczonego mogą być składane w innej formie niż pisemna.

§ 21

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 121 ze zm.) i ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.).

§ 22

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy 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 - ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 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. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
5. Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu.
6. W związku z faktem, że umowy ubezpieczenia i umowy gwarancji ubezpieczeniowych zawierane przez STU ERGO Hestia SA (dalej: „Ubezpieczyciel”) 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 – zakresie, w jakim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej mogłoby skutkować naruszeniem jakichkolwiek wyżej wskazanych Sankcji – o ile zastosowanie się do takich Sankcji nie będzie sprzeczne z przepisami prawa mającymi zastosowanie do Ubezpieczyciela.

§ 23

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie do stosunków ubezpieczenia w ramach Generalnej umowy ubezpieczenia dla posiadaczy kart płatniczych wydanych przez mBank S.A. (dawniej BRE Bank SA) z dnia 16.09.2002 roku i obowiązują Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od dnia 29 grudnia 2023 roku.