

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO UBEZPIECZENIA

Ja, niżej podpisany/a dobrowolnie **przystępuję / nie przystępuję*** do dodatkowego Ubezpieczenia Podróży Służbowych (Corporate Travel) w ERGO Reiseversicherung AG oddział w Polsce (dalej: „ERGO”), według poniższych warunków. (*niepotrzebne skreślić).

| ZAKRES UBEZPIECZENIA | | | SUMY UBEZPIECZENIA |
|----------------------|--|--|--------------------------|
| Zakres terytorialny | | | EUROPA |
| A | Koszty leczenia | Koszty leczenia | 25 000 EUR |
| | | Koszty hospitalizacji | tak ¹⁾ |
| | | Leczenia ambulatoryjne | tak ¹⁾ |
| | | Leczenie stomatologiczne | 500 EUR ²⁾ |
| | | Koszty naprawy lub zakupu okularów, wózków inwalidzkich oraz naprawy protez | 500 EUR ²⁾ |
| | | Koszty zakupu trumny lub urny | tak ¹⁾ |
| | | Koszty pogrzebu za granicą | 1 000 EUR ²⁾ |
| A1 | Koszty transportu | Koszty transportu | tak ¹⁾ |
| A2 | Koszty ratownictwa i poszukiwań | Koszty ratownictwa | tak ¹⁾ |
| A3 | Pandemia | Koszty leczenia i transportu powstałe wskutek pandemii | 25 000 EUR ²⁾ |
| B | Koszty assistance | Powiadomienie rodziny | tak |
| | | Gwarancja pokrycia kosztów leczenia | tak ¹⁾ |
| | | Organizacja transportu | tak ¹⁾ |
| | | Organizacja transportu do miejsca z którego podróż może być kontynuowana | tak ¹⁾ |
| | | Organizacja transportu powrotnego do kraju zamieszkania | tak ¹⁾ |
| | | Organizacja transportu zwłok lub pogrzebu za granicą | tak ¹⁾ |
| | | Organizacja i pokrycie kosztów transportu i zakwaterowania osoby towarzyszącej | 1 000 EUR |
| | | Organizacja i pokrycie kosztów transportu i zakwaterowania osoby wezwanej do towarzyszenia | 2 000 EUR |
| | | Przekazywanie pilnych informacji | tak |
| C | Następstwa nieszczęśliwych wypadków | Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu | 30 000 PLN |
| | | Świadczenie z tytułu śmierci | 30 000 PLN |
| F | Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym | Szkody na osobie | 40 000 EUR |
| | | Szkody w mieniu | 20 000 EUR |

¹⁾ W ramach sumy ubezpieczenia Kosztów Leczenia

²⁾ Limit w ramach sumy ubezpieczenia Kosztów Leczenia.

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ATERIMA Sp. z o.o. (dalej: „Pracodawca”) z należnego mi wynagrodzenia kwoty **3,00 zł za każdy dzień objęcia mnie ubezpieczeniem**. Ubezpieczenie obowiązuje **wyłącznie podczas pobytu za granicą** w ramach podróży związanych z wykonywaniem umowy o pracę tymczasową zawartej z Pracodawcą. Ubezpieczenie pokrywa wyłącznie **nagłe wypadki**, nie pokrywa leczenia chorób przewlekłych. Za chorobę przewlekłą uważa się zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, stałe lub okresowo leczone ambulatoryjnie lub będące przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Upoważniam Pracodawcę do zgłoszenia mnie do ubezpieczenia na powyższych warunkach i zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (zawierających m.in. informacje dot. siedziby ERGO i możliwości wniesienia reklamacji), z którymi zostałem zapoznany przez Pracodawcę i akceptuję ich treść, a dostępnymi m.in. pod adresem <https://praca.aterima-work.pl/ergo>.

Upoważniam pracodawcę do przekazywania moich danych osobowych do ERGO w celu objęcia mnie wspomnianym ubezpieczeniem. Zostałem poinformowany przez Pracodawcę, że w zakresie ubezpieczenia mogę wnieść skargę do Rzecznika Finansowego lub skorzystać z pozasądowego trybu rozwiązywania sporów - informacje dostępne pod adresem <https://rf.gov.pl>.

(podpis pracownika)