



FI PI Protect

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ INSTYTUCJI
FINANSOWYCH

Spis treści

ARTYKUŁ 1 – POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
§ 1. PREAMBUŁA	4
§ 2. DEFINICJE	4
ARTYKUŁ 2 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	7
§ 3. ZAKRES UBEZPIECZENIA	7
ARTYKUŁ 3 – ROZSZERZENIE ZAKRESU UBEZPIECZENIA	7
§ 4. ZASADY OGÓLNE	7
§ 5. NOWE PODMIOTY ZALEŻNE	7
§ 6. SPADKOBIERCY I PRZEDSTAWICIELE PRAWNI	8
§ 7. SZKODY WSPÓŁMAŁŻONKÓW	8
ARTYKUŁ 4 – WYŁĄCZENIA	8
§ 8. WYŁĄCZENIA	8
ARTYKUŁ 5 – PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	11
§ 9. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	11
§ 10. SKŁADKA	11
§ 11. SUMA UBEZPIECZENIA	12
§ 12. UDZIAŁ WŁASNY	12
§ 13. ZASADY ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ	12
§ 14. ZMIANY ZAKRESU RYZYKA W OKRESIE UBEZPIECZENIA	12
§ 15. OBOWIĄZKI I UPRAWNIENIA UBEZPIECZAJĄCEGO	13
§ 16. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO	13
§ 17. POSTĘPOWANIA ORAZ UGODY DOTYCZĄCE ROSZCZENIA	13
§ 18. WYPŁATA ŚWIADCZENIA	14
§ 19. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA I JEJ ROZWIĄZANIE	14
§ 20. CESJA	14
§ 21. JURYSDYKCJA I PRAWO WŁAŚCIWE	14
§ 22. FAŁSZYWE ROSZCZENIA	14
§ 23. PRZEJŚCIE ROSZCZEŃ	14
§ 24. ZASADY INTERPRETACJI	15
§ 25. SUBSYDIARNOŚĆ	15
§ 26. PODWÓJNE UBEZPIECZENIE	15
§ 27. REKLAMACJE	15
§ 28. SANKCJE	16
§ 29. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	16
§ 30. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	16

Nota informacyjna

1. Informacje dotyczące przesłanek wypłaty odszkodowania i innych świadczeń zawarte są w następujących częściach warunków ubezpieczenia:
§§ 3–7, § 9 ust. 3, § 13, § 14, § 17, § 18.
2. Informacje dotyczące ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy lub ograniczenia wypłaty odszkodowania i innych świadczeń, zawarte są w następujących częściach warunków ubezpieczenia:
§ 2 ust. 3, 5, 21 i 28, § 4, § 5, § 8, § 11, § 12, § 13, § 14, § 16 ust. 4, § 17, § 18 ust. 3, § 19 ust. 3–5, § 22, § 25, § 28, § 29 ust. 3 i 4..

FI PI PROTECT – OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ INSTYTUCJI FINANSOWYCH

zatwierdzone przez dyrektora Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie w dniu 12 marca 2018 r., mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 12 marca 2018 r.



Artykuł 1 Postanowienia ogólne

§ 1. Preambuła

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej instytucji finansowych mają zastosowanie do umów ubezpieczenia Szkód powstałych w następstwie Roszczeń z tytułu odpowiedzialności zawodowej zawieranych pomiędzy Colonnade a Ubezpieczającym.
2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Stron w sposób odbiegający od postanowień Ogólnych warunków. Wszelkie zmiany postanowień Ogólnych warunków dla swej ważności wymagają formy pisemnej.
3. W związku z opłaceniem składki i w zaufaniu do oświadczeń złożonych Ubezpieczycielowi we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i jego załącznikach, innych informacji przekazanych Ubezpieczycielowi, które stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, i materiałów stanowiących część wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wyraża zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach przewidzianych w niniejszych Ogólnych warunkach.

§ 2. Definicje

1. Bankowość inwestycyjna oznacza:

- 1) subemisję indywidualną i w ramach konsorcjum oraz promocję emisji papierów wartościowych lub innych tytułów uczestnictwa;
- 2) udzielanie porad lub rekomendacji oraz wydawanie opinii o zasadności transakcji (*fairness opinion*), w tym między innymi wszelkie wymogi informacyjne związane z działalnością wymienioną w pkt 1) i 2) powyżej, w związku z jakimikolwiek faktycznymi lub domniemanymi:
 - a) połączeniem (fuzją), przejęciem, zbyciem, wezwaniem do zapisania się na sprzedaż akcji, wykupem z dźwignią finansową za pomocą pełnomocnictw pozyskanych od udziałowców (*proxy contest leveraged buy-out*), wykupem przez zarząd (*management buy-out*), prywatyzacją, reorganizacją, restrukturyzacją kapitałową lub inną działalnością o podobnym charakterze lub skutkach, lub
 - b) ofertą papierów wartościowych (prywatną lub publiczną) na rynku pierwotnym lub wtórnym, rozwiązaniem podmiotu gospodarczego bądź sprzedażą całości lub prawie całości jego udziałów lub majątku.

2. **Dzień obowiązywania** oznacza dzień wskazany w pkt 6 Polisy, od którego rozpoczyna bieg ochrona ubezpieczeniowa na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia.
3. **Koszty obrony** oznaczają wszelkie uzasadnione i konieczne wynagrodzenia, koszty, wydatki poniesione za pisemną zgodą Ubezpieczyciela, w tym koszty i opłaty sądowe lub kaucje, powstałe wyłącznie w związku z postępowaniem mającym na celu odpieranie Roszczenia podniesionego wobec Ubezpieczonych.

Koszty obrony nie obejmują wynagrodzeń, kosztów i wydatków poniesionych zanim dana sprawa uzyskała status Roszczenia w rozumieniu definicji ust. 19 poniżej.
4. **Nieprawidłowe działanie zawodowe** oznacza jakiekolwiek zaniedbanie, błąd, działanie lub zaniechanie, jakiego dopuścił się Ubezpieczony lub dowolna inna osoba, za której Nieprawidłowe działania zawodowe Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność prawną, wynikające z nienależytego wykonania lub niewykonania zobowiązania na rzecz Osób trzecich w ramach świadczenia Profesjonalnych usług finansowych Podmiotu ubezpieczonego. Wszelkie Nieprawidłowe działania zawodowe, które są ze sobą powiązane lub które stanowią kontynuację innych Nieprawidłowych działań zawodowych, będą traktowane jako to samo Nieprawidłowe działanie zawodowe.
5. **Obsługa kredytowa** oznacza obsługę dowolnego kredytu, pożyczki lub umowy leasingu, w tym kredytu konsumenckiego, kredytu na działalność gospodarczą, kredytu hipotecznego lub innego kredytu, z wyłączeniem finansowania Bankowości inwestycyjnej, wykupu z dźwignią finansową (*leveraged buy-out*) oraz wykupu przez zarząd (*management buy-out*). Obsługa kredytowa obejmuje w szczególności następujące usługi: prowadzenie dokumentacji, naliczanie i wypłaty kwoty głównej i odsetek, inkasowanie lub płatności składek ubezpieczeniowych lub podatków, udzielanie informacji na temat historii i zdolności kredytowej klientów, wyliczanie kwoty amortyzacji majątku (z wyłączeniem prognoz i wyceny przyszłej lub residualnej wartości majątku). Obsługa kredytowa nie obejmuje żadnych czynności związanych z restrukturyzacją, likwidacją, zbyciem, odzyskiem lub zajęciem ani jakichkolwiek czynności wynikających ze sprawowania zarządu lub kontroli nad jakim-

kolwiek podmiotem lub majątkiem nabytym przez Ubezpieczonego tytułem zabezpieczenia jakiegokolwiek kredytu, umowy leasingu lub pożyczki.

6. **Ogólne warunki** oznaczają Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej instytucji finansowych wydane przez Colonnade.
7. **Okres dodatkowy** oznacza okres kolejnych 36 miesięcy, następujący bezpośrednio po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia na skutek braku jej odnowienia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego i pod warunkiem niezawarcia przez Ubezpieczającego w tym okresie umowy ubezpieczenia z innym zakładem ubezpieczeń, w którym to okresie Ubezpieczycielowi może zostać przedstawione pisemne zgłoszenie Roszczenia podniesionego wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w tym okresie, dotyczącego wyłącznie Nieprawidłowego działania zawodowego, które miało miejsce przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia i które jest w pozostałym zakresie objęte ochroną na podstawie umowy ubezpieczenia.
8. **Okres ubezpieczenia** oznacza okres od dnia wejścia w życie umowy ubezpieczenia do dnia jej wygaśnięcia, wskazany w pkt 2 Polisy.
9. **Organ regulacyjny** oznacza jakikolwiek organ administracji publicznej, agencje rządowe, organy samoregulujące lub dowolny inny organ regulacyjny.
10. **Osoba trzecia** oznacza dowolnego byłego lub obecnego klienta Ubezpieczonego. **Osoba trzecia** oznacza ponadto:
 - 1) Organ regulacyjny;
 - 2) organizację skupiającą konsumentów lub klientów, o ile podmiot wskazany w pkt 1) oraz/lub 2) występuje w imieniu byłego lub obecnego klienta Ubezpieczonego w zakresie, w jakim ustawowo jest do tego upoważniony.
11. **Osoba ubezpieczona** oznacza Pracownika działającego w ramach swoich obowiązków.
12. **Podmiot ubezpieczony** oznacza Ubezpieczającego i Podmioty zależne Ubezpieczającego istniejące w chwili rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
13. **Podmiot zależny** oznacza jakiejkolwiek spółki, w których Ubezpieczający, przed lub z datą wejścia umowy ubezpieczenia w życie, bezpośrednio lub za pośrednictwem jednego lub większej liczby Podmiotów zależnych:
 - 1) kontroluje ponad połowę praw głosu we władzach spółki, lub
 - 1) posiada ponad połowę akcji lub udziałów w kapitale zakładowym.Spółka przestaje być Podmiotem zależnym z chwilą, gdy żadna z powyższych przesłanek nie ma zastosowania. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Podmiotów zależnych ma zastosowanie wyłącznie do Nieprawidłowych działań zawodowych, które miały miejsce w czasie, gdy dany podmiot był Podmiotem zależnym Ubezpieczającego. Jednakże, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel, po dokonaniu analizy i oceny wzrostu ryzyka, rozważy objęcie ochroną ubezpieczeniową wszelkich działań i zaniechań objętych zakresem ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków, mających miejsce przed nabyciem Podmiotu zależnego przez Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel potwierdzi na piśmie fakt rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej.
14. **Polisa** oznacza dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia.
15. **Pracownik** oznacza dowolną osobę fizyczną zatrudnioną przez Podmiot ubezpieczony w ramach świadczenia Profesjonalnych usług finansowych, której Podmiot ubezpieczony wypłaca wynagrodzenie w formie pensji i ma prawo kierować wykonywaniem przez nią obowiązków. Termin Pracownik oznacza:
 - 1) osobę fizyczną zatrudnioną przez Podmiot ubezpieczony na podstawie umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin, sezonowo lub tymczasowo;
 - 2) osobę fizyczną pracującą na innej podstawie prawnej pod bezpośrednią kontrolą i nadzorem Podmiotu ubezpieczonego;
 - 3) dowolnego byłego, obecnego lub przyszłego członka zarządu lub innych organów Podmiotu ubezpieczonego, działającego w zakresie zwykłych obowiązków Pracownika Ubezpieczonego lub działającego w charakterze członka dowolnego komitetu prawidłowo powołanego uchwałą zarządu Podmiotu ubezpieczonego na potrzeby dokonania w imieniu Podmiotu ubezpieczonego określonych czynności, w odróżnieniu od czynności zarządczych.Termin Pracownik nie oznacza natomiast żadnego niezależnego brokera, niezależnego doradcy finansowego bądź innego agenta lub przedstawiciela pełniącego podobną funkcję, otrzymującego wynagrodzenie na zasadzie prowizji od sprzedaży, chyba że Ubezpieczyciel wyrazi na to zgodę potwierdzoną załącznikiem do umowy ubezpieczenia.
16. **Pranie pieniędzy** oznacza jakiejkolwiek zachowanie się, w tym usiłowanie, pomocnictwo, podżeganie lub współsprawstwo, stanowiące naruszenie jakichkolwiek przepisów o przeciwdziałaniu wprowadzaniu do obrotu wartości majątkowych pochodzących z nielegalnych lub nieudokumentowanych źródeł (bądź dowolnych przepisów wydanych przez jakikolwiek organ regulacyjny w tym zakresie), lub przestępstwo, a w szczególności naruszenie:
 - 1) wszelkich przepisów ratyfikujących lub wprowadzających Dyrektywy Rady Nr 91/308/EWG i 2001/97/WE w sprawie zapobiegania wykorzystywaniu systemu finansowego do prania brudnych pieniędzy (ze zmianami) oraz przepisów zmieniających powyższe Dyrektywy (oraz wszelkie podobne dyrektywy);

- 2) Ustawy z dnia 16 listopada 2000 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
 - 3) części III brytyjskiej Ustawy o zwalczaniu terroryzmu z 2000 roku (rozdz. 11) i nast. lub części 7 brytyjskiej Ustawy o środkach pochodzących z przestępstwa z 2002 roku (rozdz. 29) i nast.;
 - 4) Międzynarodowej konwencji o zwalczaniu finansowania terroryzmu.
- 17. Profesjonalne usługi finansowe** oznaczają usługi finansowe **Podmiotu ubezpieczonego** wyszczególnione we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia złożonym na formularzu **Ubezpieczyciela**, świadczone przez **Ubezpieczonego** na podstawie umowy z klientem, o ile dane usługi są świadczone na rzecz lub w imieniu klienta **Podmiotu ubezpieczonego**:
- 1) w zamian za prowizję lub inne wynagrodzenie („Wynagrodzenie”), lub
 - 2) bez Wynagrodzenia, o ile dane nieodpłatne usługi świadczone są w związku z usługami świadczonymi w zamian za Wynagrodzenie.
- 18. Program** oznacza dowolny program emerytalny, program udziału w zyskach, program świadczeń pracowniczych lub świadczeń dla kadry zarządzającej, program akcjonariatu pracowniczego lub opcji udziałowych, a także wszelkie fundusze i fundacje dobroczynne utworzone przez **Podmiot ubezpieczony** na rzecz byłych, obecnych lub przyszłych **Pracowników Podmiotu ubezpieczonego** lub ich odpowiednich beneficjentów.
- 19. Roszczenie** oznacza:
- 1) wszelkie powództwa lub inne pisma wystosowywane przez dowolną osobę lub podmiot, wszczynające postępowanie cywilne, w tym powództwo wzajemne lub arbitrażowe przeciwko **Ubezpieczonemu** o zasądzenie odszkodowania lub innego świadczenia, w tym świadczenia niepieniężnego;
 - 2) wszelkie pisemne żądania podniesione przez dowolną osobę lub podmiot, informujące o zamiarze pociągnięcia **Ubezpieczonego** do odpowiedzialności za skutki określonego **Nieprawidłowego działania zawodowego**;
 - 3) wszelkie postępowania przygotowawcze, wyjaśniające i inne podobne postępowania karne lub administracyjne, w których wymagany jest udział **Osoby ubezpieczonej** pracującej dla **Ubezpieczonego podmiotu**, o ile takie postępowanie przygotowawcze, wyjaśniające lub inne podobne postępowanie jest bezpośrednio związane z zarzutem **Nieprawidłowego działania zawodowego Osoby ubezpieczonej** pracującej dla **Ubezpieczonego podmiotu** w ramach pełnionych przez nią obowiązków.
- Wszelkie **Roszczenia**, których podstawę lub przyczynę stanowi powiązane lub utrzymujące się **Nieprawidłowe działanie zawodowe**, będą dla celów niniejszych **Ogólnych warunków** uznane za jedno **Roszczenie**.
- 20. Suma ubezpieczenia** oznacza limit odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** określony w pkt 3 Polisy.
- 21. Szkoda** oznacza:
- 1) Koszty obrony oraz/lub
 - 2) odszkodowania i koszty postępowania zasądzone na podstawie orzeczenia wydanego przeciwko **Ubezpieczonemu**, oraz/lub
 - 3) odszkodowania wynikające z ugody wynegocjowanej za uprzednią pisemną zgodą **Ubezpieczyciela**, w związku z jakimkolwiek **Roszczeniem** objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia.
- Szkoda nie obejmuje:
- 1) pensji ani innych wynagrodzeń któregośkolwiek z **Ubezpieczonych**;
 - 2) kosztów spełnienia jakiegokolwiek świadczenia niepieniężnego wynikającego z ugody lub wydanego orzeczenia;
 - 3) podatków.
- 22. Tajemnica handlowa** oznacza formułę, kompilację, wzór, program, urządzenie, metodę, proces lub technikę, która przedstawia, faktycznie lub potencjalnie, odrębną wartość ekonomiczną ze względu na fakt, że nie jest powszechnie znana i nie może zostać w sposób łatwy ustalona za pomocą odpowiednich środków przez inne osoby, które mogłyby uzyskać korzyść gospodarczą z jej ujawnienia lub zastosowania.
- 23. Terroryzm** oznacza dowolny akt obejmujący użycie lub groźbę użycia siły lub przemocy, popełniony przez dowolną osobę lub grupę osób, u podstaw którego leżą przesłanki etniczne, polityczne, rasowe, religijne lub ideologiczne, niezależnie od faktu, czy zostały one wyrażone, czy też nie, w tym akty popełnione z zamiarem wywarcia wpływu na władzę lub opinię publiczną bądź zastraszanie ich.
- Terroryzm oznacza również dowolny akt rozpoznany lub potwierdzony jako akt terroryzmu przez rząd kraju, w którym wystawiona została Polisa, lub rząd kraju, w którym podniesione zostało **Roszczenie**.
- 24. Transakcja** oznacza dowolne z następujących zdarzeń:
- 1) dokonanie przez **Ubezpieczającego** oraz/lub podmiot kontrolujący akcje lub udziały w kapitale zakładowym **Ubezpieczającego** w liczbie dającej mu co najmniej 50% praw głosu w sprawie powoływania członków zarządu **Ubezpieczającego**, konsolidacji lub połączenia z jakąkolwiek inną osobą lub podmiotem bądź z grupą działających w porozumieniu osób lub podmiotów bądź zbycie na ich rzecz całości lub prawie całości majątku **Ubezpieczającego**, oraz

- 2) nabycie przez dowolną osobę lub podmiot, samodzielnie lub wspólnie z dowolną inną osobą, osobami, podmiotem lub podmiotami, akcji lub udziałów w liczbie uprawniającej do wykonywania ponad 50% praw głosu w sprawie powoływania członków zarządu Ubezpieczającego bądź nabycie praw głosu wynikających z takiej liczby akcji lub udziałów, oraz
 - 3) ustanowienie syndyka, likwidatora lub zarządcy na przedsiębiorstwie Ubezpieczonego podmiotu, oraz
 - 4) uzyskanie przez Podmiot ubezpieczony statusu podmiotu zależnego innego podmiotu lub przejęcie przez inny podmiot z mocy prawa kontroli nad Podmiotem ubezpieczonym.
25. Ubezpieczający oznacza podmiot wskazany w pkt 1 Polisy.
26. Ubezpieczony oznacza Podmiot ubezpieczony i Osobę ubezpieczoną działającą w ramach swoich obowiązków.
27. Ubezpieczyciel oznacza Colonnade Insurance S.A. zarejestrowaną w Luksemburgu pod numerem: B 61605, siedziba główna: 1, rue Jean Piret, L-2350 Luxembourg, działającą w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział KRS, pod numerem 0000678377, NIP 1070038451, z siedzibą: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa.
28. Udział własny oznacza kwotę określoną w pkt 4 Polisy, za której pokrycie odpowiedzialny jest Ubezpieczony.
29. Zanieczyszczenia oznaczają między innymi wszelkie substancje stałe, ciekłe lub gazowe, powstałe w sposób naturalny lub inny, wywołujące zanieczyszczenie lub podrażnienie ze względu na swoje właściwości biologiczne, radiologiczne lub termiczne, w tym substancje azbestowe, dymy, opary, sadze, włókna, pleśnie, zarodniki, grzyby, bakterie, spaliny, kwasy, zasady oraz wszelkiego rodzaju substancje nuklearne, radioaktywne i chemiczne oraz odpady. Do odpadów zalicza się między innymi materiały przeznaczone do odzysku lub do regeneracji.



Artykuł 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3. Zakres ubezpieczenia

Ubezpieczyciel pokryje wszelkie Szkody wynikające z faktycznego lub domniemanego Nieprawidłowego działania zawodowego, będącego podstawą Roszczenia podniesionego po raz pierwszy wobec Ubezpieczonego przez Osobę trzecią w Okresie ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym i zgłoszonego na piśmie Ubezpieczycielowi, zgodnie z warunkami niniejszych Ogólnych warunków, popełnionego przez któregośkolwiek z Ubezpieczonych w związku ze świadczeniem lub zaniechaniem świadczenia Profesjonalnych usług finansowych.



Artykuł 3 Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia

§ 4. Zasady ogólne

Z zastrzeżeniem wszystkich postanowień, warunków i wyłączeń zawartych w niniejszych Ogólnych warunkach, zakres ochrony ubezpieczeniowej ulega rozszerzeniu w sposób opisany poniżej. W przypadku gdy jedno lub więcej rozszerzeń ochrony ubezpieczeniowej zostanie wykreślonych lub zastąpionych bądź nie będą wymagane przez Ubezpieczającego, fakt ten nie będzie oznaczał obniżenia należnej składki określonej w pkt 5 Polisy. Ochrona ubezpieczeniowa przewidziana w ramach poniższych świadczeń dodatkowych będzie stanowić część Sumy ubezpieczenia a nie jej uzupełnienie. Do wszystkich poniższych świadczeń dodatkowych ma ponadto zastosowanie odpowiedni Udział własny.

§ 5. Nowe Podmioty zależne

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w niniejszych Ogólnych warunkach zostaje rozszerzony na wszystkie Podmioty zależne nabyte lub utworzone przez Ubezpieczającego, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem jednego lub kilku Podmiotów zależnych, po wejściu w życie umowy ubezpieczenia, o ile dany Podmiot zależny:
 - 1) posiada aktywa brutto o łącznej wartości niższej niż 10% łącznej wartości aktywów brutto Ubezpieczającego, oraz
 - 2) nie posiada siedziby ani nie został zarejestrowany na terenie Stanów Zjednoczonych bądź na terenie któregośkolwiek stanu lub innego terytorium należącego do Stanów Zjednoczonych oraz nie posiada podmiotu zależnego posiadającego siedzibę lub zarejestrowanego na terenie Stanów Zjednoczonych bądź na terenie któregośkolwiek stanu lub innego terytorium należącego do Stanów Zjednoczonych, oraz
 - 3) nie był w ciągu ostatnich 5 lat adresatem jakiegokolwiek Roszczenia na kwotę wyższą niż 50% Udziału własnego określonego w pkt 4 Polisy;
 - 4) nie prowadzi działalności w istotny sposób odbiegającej od Profesjonalnych usług finansowych Podmiotu ubezpieczonego, zgłoszonych Ubezpieczycielowi we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;

- 5) nie prowadzi podstawowej działalności w zakresie Bankowości inwestycyjnej lub obrotu instrumentami pochodnymi, oraz
 - 6) nie osiąga więcej niż 15% obrotów za pośrednictwem Internetu.
2. W przypadku gdy nowo nabyty lub nowo utworzony Podmiot zależny nie będzie spełniał wskazanych powyżej warunków lub któregośkolwiek z nich, Ubezpieczający ma prawo wystąpić z wnioskiem o rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej na dany Podmiot zależny, o ile Ubezpieczający przekaże Ubezpieczycielowi wystarczające informacje umożliwiające mu dokonanie oceny ewentualnego wzrostu ryzyka Ubezpieczyciela. W takim przypadku Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany warunków umowy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia, w tym do naliczenia dodatkowej składki w wysokości uzasadnionej wzrostem ryzyka.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, którą Podmioty zależne zostają objęte na podstawie niniejszego rozszerzenia, będzie miała zastosowanie wyłącznie do Nieprawidłowych działań zawodowych, które miały miejsce w czasie, gdy dany podmiot był Podmiotem zależnym Ubezpieczającego. Jednakże, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel, po dokonaniu analizy i oceny wzrostu ryzyka, rozważy objęcie ochroną ubezpieczeniową wszelkich działań i zaniechań objętych zakresem ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków, mających miejsce przed nabyciem Podmiotu zależnego przez Ubezpieczającego. Ubezpieczyciel potwierdzi na piśmie fakt rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6. Spadkobiercy i przedstawiciele prawni

Ubezpieczyciel pokryje Szkody wynikające z Roszczeń podniesionych po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym wobec spadkobierców, przedstawicieli prawnych lub innych następców prawnych Ubezpieczonego w przypadku jego śmierci, upadłości lub utraty zdolności do czynności prawnych, i zgłoszonych Ubezpieczycielowi w Okresie ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym, o ile dane Roszczenie:

- 1) zostało podniesione wobec powyższych osób wyłącznie z racji tego, że były one spadkobiercami, przedstawicielami prawnymi lub innymi następcami prawnymi Ubezpieczonego w związku z jego śmiercią, upadłością bądź utratą zdolności do czynności prawnych, oraz
- 2) byłoby objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych warunków w przypadku podniesienia go wobec Ubezpieczonego.

§ 7. Szkody współmałżonków

Ubezpieczyciel pokryje Szkody wynikające z Roszczeń podniesionych po raz pierwszy w Okresie Ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym wobec współmałżonka Ubezpieczonego i zgłoszonych Ubezpieczycielowi w Okresie ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym, o ile dane Roszczenie:

- 1) zostało podniesione wobec powyższej osoby wyłącznie z racji tego, że była ona współmałżonkiem Ubezpieczonego, oraz
- 2) byłoby objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych warunków w przypadku podniesienia go wobec Ubezpieczonego, oraz
- 3) dotyczy odszkodowania podlegającego zaspokojeniu z majątku objętego wspólnością ustawową, majątku stanowiącego współwłasność Ubezpieczonego i jego prawnego współmałżonka lub majątku przeniesionego przez Ubezpieczonego na prawnego współmałżonka.



Artykuł 4 Wyłączenia

§ 8. Wyłączenia

Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do pokrycia Szkody ani do wypłaty dodatkowego świadczenia na podstawie jakiegokolwiek rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej w związku z jakimkolwiek Roszczeniem:

- 1) którego przedmiot lub podstawę stanowi szkoda na osobie, rozstrój nerwowy lub emocjonalny bądź śmierć jakiegokolwiek osoby, jak również utrata, uszkodzenie lub zniszczenie jakiegokolwiek majątku rzeczowego lub wartości niematerialnych wynikające z dowolnej przyczyny, w tym z utraty ich przydatności do normalnego użycia;
- 2) którego podstawę lub przyczynę stanowią:
 - a) podjęcie lub brak podjęcia jakichkolwiek działań naprawczych koniecznych lub wymaganych do uniknięcia, zapobieżenia lub złagodzenia skutków zdarzenia będącego przyczyną szkody oraz jakichkolwiek działań, co do których istnieje prawdopodobieństwo, że wywarłyby one taki skutek,
 - b) zobowiązanie z tytułu umowy ubezpieczenia lub reasekuracyjnej do wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia w związku z pełnieniem przez Podmiot ubezpieczony roli ubezpieczyciela lub reasekuratora na podstawie takiej umowy,

- c) jakiegokolwiek płatności, koszty lub wydatki, w tym koszty odszkodowań, poniesione przez Podmiot ubezpieczony zanim dana sprawa uzyskała status Roszczenia, w tym wszelkie płatności, koszty, wydatki i odszkodowania powstałe w związku z daną sprawą w okresie zanim uzyskała ona status Roszczenia;
 - 3) którego podstawę lub przyczynę stanowi przyjęcie przez Ubezpieczonego wobec Osoby trzeciej szczególnej odpowiedzialności na podstawie postanowień jakiegokolwiek umowy lub porozumienia, chyba że Ubezpieczony ponosiłby daną odpowiedzialność również w razie braku takich postanowień umowy lub porozumienia;
 - 4) którego podstawę lub przyczynę stanowią:
 - a) grzywny lub kary (wynikające z przepisów prawa cywilnego, karnego lub administracyjnego) nałożone zgodnie z przepisami prawa,
 - b) odszkodowania o charakterze niekompensacyjnym, w tym odszkodowania o charakterze karnym lub represyjnym,
 - c) odszkodowania zasądzone jako wielokrotność wyrządzonej szkody,
 - d) kary o charakterze niepieniężnym,
 - e) jakiegokolwiek kwoty, do których wydatkowania Ubezpieczeni nie są prawnie zobowiązani,
 - f) sprawy, które nie podlegają ubezpieczeniu w myśl przepisów prawa rządzącego niniejszymi Ogólnymi warunkami;
 - 5) którego podstawę lub przyczynę stanowi upadłość, niewypłacalność lub likwidacja Podmiotu ubezpieczonego bądź któregośkolwiek z partnerów lub podwykonawców Podmiotu ubezpieczonego, w tym między innymi, któregośkolwiek brokera lub maklera zajmującego się obrotem papierami wartościowymi lub obrotem towarowym, lub też któregośkolwiek nabywcy lub sprzedawcy papierów wartościowych lub towarów, subemitenta papierów wartościowych lub jakiegokolwiek innej instytucji finansowej;
 - 6) którego podstawę lub przyczynę stanowi dowolne Roszczenie podniesione przez lub w imieniu:
 - a) Ubezpieczonego bądź jego następców prawnych, z zastrzeżeniem że niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do Roszczenia podniesionego przez Pracownika występującego w charakterze klienta Podmiotu ubezpieczonego, z wyjątkiem pracowników pełniących aktualnie lub w przeszłości funkcję członka zarządu lub inną funkcję we władzach Podmiotu ubezpieczonego,
 - b) jakiegokolwiek podmiotu prowadzonego, zarządzanego lub kontrolowanego przez któregośkolwiek z Ubezpieczonych, oraz
 - c) jakiegokolwiek osoby lub podmiotu będących właścicielem lub kontrolujących co najmniej 40% kapitału zakładowego Ubezpieczającego bądź też jakiegokolwiek podmiotu macierzystego lub zależnego od takiej osoby lub podmiotu;
 - 7) którego podstawę, przyczynę lub przedmiot stanowi kupno, sprzedaż, udzielenie, restrukturyzacja, uchylenie lub przeniesienie dowolnego kredytu, pożyczki lub umowy leasingowej, zajęcie lub przejęcie majątku udostępnionego w ramach leasingu lub stanowiącego zabezpieczenie udzielonej pożyczki lub kredytu, uczestniczenie w którejśkolwiek z powyższych czynności bądź niedopełnienie obowiązku jej podjęcia, jak również udzielanie jakichkolwiek porad w związku z kredytem, pożyczką lub umową leasingową; bądź też którego przyczyna wynika z faktu posiadania lub kontrolowania jakiegokolwiek podmiotu lub majątku przejętego przez Ubezpieczonego tytułem zabezpieczenia dowolnego kredytu, pożyczki lub umowy leasingu;
- niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do Roszczeń zarzucających wyłącznie Nieprawidłowe działanie zawodowe w związku z Obsługą kredytową;
- 8) którego podstawę lub przyczynę stanowi:
 - a) jakakolwiek awaria urządzeń mechanicznych, elektronicznych lub oprogramowania, wada konstrukcyjna, błąd projektowy, wada ukryta, zwykłe zużycie, stopniowe pogorszenie się stanu technicznego, zakłócenia elektryczne, awaria urządzeń do elektronicznego przetwarzania danych, błąd w programowaniu bądź błąd lub pominięcie określonej operacji w związku z przetwarzaniem, lub
 - b) brak podjęcia przez Ubezpieczonego stosownych kroków w zakresie utrzymania i unowocześnienia systemu komputerowego Ubezpieczonego, lub
 - c) awaria jakiegokolwiek urządzenia lub systemu urządzeń, w tym zakłócenia dostaw energii elektrycznej, nagły wzrost, spadek lub zanik napięcia, awaria linii telefonicznych, linii do przesyłu danych, łączy satelitarnych lub innych urządzeń infrastrukturalnych współdziałających z Internetem lub wspierających jego działanie;

niezależnie od powyższego, wyłączenie przewidziane w lit. a) niniejszego punktu nie ma zastosowania do Roszczeń, których jedyną przyczynę stanowi błąd popełniony przez Pracownika w związku z użytkowaniem systemu Ubezpieczonego, w wyniku którego Osoba trzecia poniosła Szkodę;
 - 9) którego podstawę, przyczynę lub przedmiot stanowią bezpośrednio lub pośrednio, w części lub w całości, jakiegokolwiek niebezpieczne właściwości materiałów nuklearnych, w tym między innymi faktyczne, domniemane, zagrażające lub potencjalne wystąpienie następujących okoliczności:
 - a) promieniowanie jonizujące, skażenie radioaktywne bądź skażenie wywołane przez paliwo nuklearne lub odpady promieniotwórcze powstałe w wyniku spalania paliwa nuklearnego, lub

- b) promieniotwórcze, toksyczne, wybuchowe lub inne niebezpieczne właściwości jakiegokolwiek wybuchowego związku zawierającego materiały nuklearne lub nuklearnych składników takiego związku;
- 10) którego podstawę, przyczynę lub przedmiot stanowią bezpośrednio lub pośrednio, w części lub w całości:
- a) jakakolwiek faktyczna, domniemana, zagrażająca lub potencjalna emisja, wyciek, rozprzestrzenienie się lub przedostanie się w inny sposób do środowiska jakichkolwiek Zanieczyszczeń, lub
- b) wszelkie zalecenia i wnioski o przeprowadzenie testów, monitorowanie, oczyszczenie, usunięcie, powstrzymanie emisji, oczyszczenie, detoksykację lub neutralizację zanieczyszczeń lub skażeń, do których Ubezpieczony ma obowiązek się zastosować, do których dokonania jest zobowiązany lub które postanowi wykonać z własnej inicjatywy;
- 11) którego podstawę, przyczynę lub przedmiot stanowią jakiegokolwiek Roszczenia lub okoliczności:
- a) zgłoszone na podstawie jakiegokolwiek umowy ubezpieczenia, której przedłużenie stanowi niniejsza umowa ubezpieczenia bądź którą niniejsza umowa ubezpieczenia zastępuje lub może zastąpić po upływie określonego czasu,
- b) dotyczące Nieprawidłowego działania zawodowego, jeżeli w Dniu obowiązywania którykolwiek z Ubezpieczonych wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności powinien był przewidzieć, że takie Nieprawidłowe działanie zawodowe może stanowić podstawę Roszczenia,
- c) wynikające z lub dotyczące toczących się lub zakończonych postępowań sądowych lub arbitrażowych, a także postępowań sądowych lub arbitrażowych, które wynikają z tych samych lub zasadniczo tych samych okoliczności, co toczące się lub zakończone postępowania sądowe lub arbitrażowe, których stroną w Dniu obowiązywania jest Ubezpieczony;
- 12) którego podstawę lub przyczynę stanowi jakiegokolwiek Roszczenie podniesione przez jakikolwiek Organ regulacyjny lub osoby działające w jego imieniu, na jego zlecenie, z jego pomocą lub udziałem bądź na skutek jego interwencji, bezpośrednio lub pośrednio, w tym również w charakterze syndyka, zarządcy, likwidatora, posiadacza papierów wartościowych lub cesjonariusza Podmiotu ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków gdy:
- a) podnosząc dane Roszczenie Organ regulacyjny występuje we własnym imieniu jako klient Ubezpieczonego podmiotu, lub
- b) Organ regulacyjny występuje w imieniu jakiegokolwiek klienta lub grupy klientów Podmiotu ubezpieczonego na podstawie przepisów prawa, o ile dane Roszczenie byłoby objęte zakresem ochrony na gruncie Ogólnych warunków, jeżeli zostałyby podniesione bezpośrednio przez danego klienta lub grupę klientów; a podniesienie i dochodzenie danego Roszczenia nastąpiło w sposób całkowicie niezależny od któregokolwiek z Ubezpieczonych oraz bez jego namowy, pomocy, udziału ani interwencji;
- 13) którego podstawę lub przyczynę stanowi:
- a) jakiegokolwiek roszczenie podniesione wobec Ubezpieczonego w związku z pełnieniem przez niego funkcji członka zarządu lub innej funkcji we władzach Podmiotu ubezpieczonego,
- b) jakiegokolwiek roszczenie podniesione przez lub w imieniu jakiegokolwiek akcjonariusza lub wspólnika Podmiotu ubezpieczonego w zakresie przysługujących im kompetencji;
- 14) którego podstawę lub przyczynę stanowi jakiegokolwiek faktyczne lub domniemane naruszenie odpowiedzialności lub obowiązków nałożonych przez jakiegokolwiek przepisy prawa (kodeksowego lub *common law*), zasady lub regulaminy, regulujące funkcjonowanie jakiegokolwiek Programu lub chroniące jego uczestników, bądź jakichkolwiek podobnych przepisów lub zobowiązań istniejących w dowolnym państwie, stanie, systemie prawnym, na dowolnym terytorium lub w dowolnej jednostce podziału administracyjnego;
- 15) których bezpośrednią lub pośrednią podstawę lub przyczynę stanowi jakakolwiek wojna, inwazja, akt agresji ze strony obcego państwa i inne działania wojenne (wypowiedziane lub niewypowiedziane), wojna domowa, rebelia, rewolucja, powstanie, niepokoje społeczne o charakterze lub skali ogólnonarodowego powstania, wojskowy zamach stanu, stan wojenny, zamieszki oraz działania dowolnej władzy ukonstytuowanej zgodnie z prawem, a także wszelkie akty Terroryzmu;
- 16) którego podstawę lub przyczynę stanowi:
- a) uzyskanie jakiegokolwiek korzyści, w tym majątkowej i osobistej, do której Ubezpieczony nie był uprawniony zgodnie z prawem,
- b) Nieprawidłowe działanie zawodowe popełnione w sposób umyślny,
- c) popełnienie jakiegokolwiek przestępstwa lub oszustwa,
- d) świadome lub celowe naruszenie jakiegokolwiek przepisu prawa lub innych regulacji,
- o ile fakt, że dane działanie miało miejsce, zostanie orzeczony wyrokiem bądź potwierdzony w postępowaniu cywilnym, karnym, administracyjnym, regulacyjnym, wyjaśniającym lub arbitrażowym bądź w innym orzeczeniu wydanym na niekorzyść Ubezpieczonego, bądź też jeżeli sam Ubezpieczony przyzna w pisemnym lub ustnym oświadczeniu złożonym w sądzie lub poza sądem, że dany fakt miał miejsce;
- 17) którego podstawę, przyczynę lub przedmiot stanowi bezpośrednio lub pośrednio:

- a) obniżenie wartości (lub brak wzrostu wartości) jakiejkolwiek inwestycji, w tym papierów wartościowych, wartości pieniężnych lub dewizowych, opcji, transakcji terminowych, nieruchomości i innych rzeczy wartościowych, albo
- b) jakiejkolwiek oświadczenie, porada, gwarancja lub zapewnienie złożone przez **Ubezpieczonego** lub w jego imieniu odnośnie do wyników jakiejkolwiek inwestycji bądź utraty lub obniżenia wartości jakiegokolwiek produktu lub usługi udostępnionej w ramach leasingu,

chyba że dane obniżenie lub utrata wartości wynika z **Nieprawidłowego działania zawodowego Osoby ubezpieczonej** w związku ze świadczeniem **Profesjonalnych usług finansowych**;

18) którego podstawę lub przyczynę stanowi:

- a) wykorzystanie lub pozyskanie przez **Ubezpieczonego** jakichkolwiek informacji, które nie są powszechnie dostępne, w sposób zabroniony jakimkolwiek przepisem prawa (kodeksowego lub *common law*), zasadą lub regulaminem, a także udzielenie pomocy lub uczestniczenie przez **Ubezpieczonego** w pozyskaniu lub wykorzystaniu takich informacji (czy to samodzielnie, czy w porozumieniu z innymi osobami), w tym między innymi jakiejkolwiek działanie stanowiące naruszenie lub przestępstwo w świetle następujących przepisów:
 - i) Dyrektywa Rady Europejskiej w sprawie wykorzystywania poufnych informacji i manipulacji rynku (nadużyć na rynku) oraz przepisy zmieniające tę Dyrektywę (oraz wszelkie dyrektywy o podobnym charakterze),
 - ii) wszelkie przepisy ratyfikujące lub zmieniające przepisy, o których mowa w pkt i), lub zbliżone do nich,
 - iii) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o obrocie instrumentami finansowymi,
 - iv) brytyjska Ustawa o rynkach i usługach finansowych z 2000 roku,
- b) skłanianie lub zachęcanie osób trzecich do podejmowania działań, które, w przypadku ich podjęcia przez pierwszą osobę, stanowiłyby czyn zabroniony;

19) którego podstawę lub przyczynę w części lub w całości stanowi jakakolwiek działalność **Ubezpieczonego** w zakresie **Bankowości inwestycyjnej**;

20) którego podstawę lub przyczynę stanowi bezpośrednio lub pośrednio jakiejkolwiek faktyczne lub domniemane zachowanie się związane z **Praniem pieniędzy**;

21) którego podstawę lub przyczynę stanowią jakiejkolwiek opłaty, prowizje lub inne wynagrodzenia za jakiejkolwiek **Profesjonalne usługi finansowe** świadczone przez **Ubezpieczonego** lub wymagane z jego strony bądź też kwota dowolnej ugody lub zasądzzonego świadczenia w części równej kwocie takich opłat, prowizji lub innych wynagrodzeń;

22) którego podstawę lub przyczynę stanowi **Roszczenie** o jakiejkolwiek faktyczne lub domniemane:

- a) przywłaszczenie, naruszenie, ujawnienie lub wykorzystanie:
 - i) prawa do prywatności jakiejkolwiek osoby lub podmiotu, informacji o klientach i innych informacji poufnych,
 - ii) praw autorskich, patentów, znaków towarowych, **Tajemnic handlowych**, programów komputerowych, informacji o procedurach i innych praw własności intelektualnej,
- b) plagiat.



Artykuł 5 Prawa i obowiązki Stron

§ 9. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek **Ubezpieczającego** złożony na formularzu **Ubezpieczyciela**.
2. Do wniosku **Ubezpieczający** zobowiązany jest dołączyć dokumentację umożliwiającą ocenę ryzyka, o którą zwróci się **Ubezpieczyciel**.
3. Przy udzieleniu ochrony ubezpieczeniowej każdemu z **Ubezpieczonych** **Ubezpieczyciel** kieruje się treścią istotnych oświadczeń i informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wszelkich załącznikach do niego oraz treścią wszelkich innych dostarczonych informacji. Wspomniane powyżej oświadczenia, załączniki i informacje stanowią podstawę ochrony ubezpieczeniowej i będą uznane za włączone do postanowień umowy ubezpieczenia jako jej część.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia **Ubezpieczyciel** potwierdza wydaniem **Polisy**.
5. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia **Ubezpieczającemu** **Polisy**, chyba że umówiono się inaczej.
6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 (dwunastu) miesięcy.
7. Dla przedłużenia umowy ubezpieczenia stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 10. Składka

1. **Ubezpieczający** zobowiązany jest do zapłaty składki, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki określa rachunek, stanowiący integralną część **Polisy**.

3. Składkę za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej ustala Ubezpieczyciel, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka dokonywanej na dzień zawarcia lub przedłużenia umowy ubezpieczenia.
4. Składka nie podlega indeksacji.

§ 11. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia stanowi łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielonej na podstawie umowy ubezpieczenia za wszelkie Szkody wynikające ze wszelkich Roszczeń podniesionych wobec wszystkich Ubezpieczonych i zgłoszonych zgodnie z warunkami zawartymi w niniejszych Ogólnych warunkach. Koszty obrony stanowią część Szkody i podlegają łącznemu limitowi Sumy ubezpieczenia dla danej Szkody.
2. Suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o kwoty wypłacone na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia tytułem odszkodowań, jak i Kosztów obrony.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w razie wyczerpania Sumy ubezpieczenia, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, chyba że umówiono się inaczej.
4. Niezależnie od liczby okresów ubezpieczenia, które upłynęły od Dnia obowiązywania Polisy, Suma ubezpieczenia nie podlega kumulacji z roku na rok i odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich Szkód objętych zakresem danej umowy ubezpieczenia ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia, określonej dla danej umowy ubezpieczenia w Polisie.
5. Wysokość Sumy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia może ulec zmianie przez aneks do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczającego stosownego wniosku na piśmie zaakceptowanego przez Ubezpieczyciela i wyrażenia zgody na zmianę postanowień i warunków umowy ubezpieczenia oraz ewentualnego opłacenia dodatkowej składki.

§ 12. Udział własny

1. Ubezpieczyciel pokrywa Szkody wynikające z wszelkich Roszczeń wyłącznie w części przewyższającej kwotę odpowiedniego Udziału własnego wskazaną w pkt 4 Polisy.
2. W przypadku poniesienia przez Ubezpieczyciela jakiegokolwiek wydatku, za którego poniesienie, zgodnie z postanowieniem niniejszego paragrafu, odpowiada Ubezpieczony, Ubezpieczony niezwłocznie zwróci Ubezpieczycielowi kwotę takiego wydatku.

§ 13. Zasady zgłaszania Roszczeń

1. Warunkiem zawieszającym uzyskanie przez Ubezpieczonego ochrony na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków jest przedstawienie Ubezpieczycielowi pisemnego zawiadomienia o Roszczeniu w Okresie ubezpieczenia lub w Okresie dodatkowym albo w ciągu 30 (trzydziestu) dni od upływu Okresu dodatkowego.
2. Jeżeli w Okresie ubezpieczenia lub Okresie dodatkowym pisemne zawiadomienie o Roszczeniu wobec Ubezpieczonego zostanie przedstawione Ubezpieczycielowi, zgodnie z warunkami i postanowieniami niniejszych Ogólnych warunków, wówczas każde Roszczenie, którego podstawę lub przyczynę stanowią okoliczności podnoszone w Roszczeniu zgłoszonym uprzednio Ubezpieczycielowi oraz każde Roszczenie zarzucające pojedyncze Nieprawidłowe działanie zawodowe, które jest tożsame lub powiązane z jakimkolwiek Nieprawidłowym działaniem zawodowym zarzucanym w uprzednio zgłoszonym Roszczeniu, będzie uznane za podniesione wobec Ubezpieczonego i zgłoszone Ubezpieczycielowi z chwilą przedstawienia pierwszego zawiadomienia.
3. Jeżeli w Okresie ubezpieczenia Ubezpieczony poweźmie wiadomość o jakimkolwiek fakcie lub okolicznościach, które mogą spowodować podniesienie Roszczenia wobec Ubezpieczonego, i skieruje do Ubezpieczyciela pisemne zawiadomienie o danym fakcie lub okolicznościach, wraz z podaniem przyczyny, z powodu której spodziewa się on powstania Roszczenia, z pełnymi informacjami co do terminów wystąpienia takich faktów lub okoliczności oraz osób, których one dotyczą, wówczas każde Roszczenie, które zostanie następnie podniesione wobec Ubezpieczonego i zgłoszone na piśmie Ubezpieczycielowi, i którego przyczynę, podstawę lub źródło stanowią będą powyższe fakty lub okoliczności lub w którym zarzuca się popełnienie tego samego Nieprawidłowego działania zawodowego, wskazując powyższe fakty lub okoliczności jako jego przyczynę, będzie uznane za podniesione wobec Ubezpieczonego i zgłoszone Ubezpieczycielowi z chwilą, gdy zawiadomienie o danym fakcie lub okoliczności zostało przedstawione po raz pierwszy.
4. Wszelkie zawiadomienia powinny być sporządzane na piśmie i przesyłane pocztą na prawidłowy adres wskazany w Polisie.
5. W przypadku zawiadomienia wysłanego pocztą za datę przedstawienia zawiadomienia uważa się datę jego nadania, a potwierdzenie nadania stanowić będzie wystarczający dowód, że zawiadomienie zostało wysłane.

§ 14. Zmiany zakresu ryzyka w Okresie ubezpieczenia

1. Jeżeli w Okresie ubezpieczenia dojdzie do zawarcia Transakcji w odniesieniu do dowolnego Podmiotu ubezpieczonego, wówczas zakres ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej umową ubezpieczenia w stosunku do danego Podmiotu ubezpieczonego i każdego z jego Podmiotów zależnych zostanie zmieniony w taki sposób, by miała ona zastosowanie wyłącznie do Nieprawidłowych działań zawodowych, które miały miejsce przed dniem zawarcia Transakcji.

2. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi pisemne zawiadomienie o Transakcji w najkrótszym możliwym terminie, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od wejścia Transakcji w życie.
3. Jednakże, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może, zgodnie z własnym uznaniem, po dokonaniu analizy i oceny zmiany ryzyka oraz przy założeniu otrzymania przez Ubezpieczyciela dodatkowej składki, rozważyć rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej na podstawie pisemnego załącznika, w celu objęcia nią **Nieprawidłowych działań zawodowych** mających miejsce po dniu wejścia Transakcji w życie, z zastrzeżeniem wszelkich warunków i ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych warunków.

§ 15. Obowiązki i uprawnienia Ubezpieczającego

Niniejszym uzgadnia się, że Ubezpieczający będzie występował w imieniu wszystkich Ubezpieczonych w zakresie wykonywania wszystkich przysługujących im praw i realizacji wszystkich ciążących na nich obowiązków dotyczących umowy ubezpieczenia, w tym między innymi w następujących sprawach:

- 1) negocjowanie warunków ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) przyjęcie warunków ubezpieczenia;
- 3) zawiadamianie o Roszczeniach;
- 4) przekazywanie i otrzymywanie zawiadomień o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;
- 5) uiszczanie składek i przyjmowanie należnych zwrotów składek;
- 6) pokrycie Udziału własnego;
- 7) negocjowanie postanowień aneksów do umowy ubezpieczenia i ich odbiór;
- 8) powoływanie doradców prawnych na potrzeby odpierania Roszczeń;
- 9) odbiór wszelkich kwot płatnych przez Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 16. Obowiązki Ubezpiezonego

1. W razie wniesienia Roszczenia Ubezpieczony zobowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zapobieżenia Szkodzie, zmniejszenia jej rozmiarów oraz niedopuszczenia do jej zwiększenia.
2. Ponadto, Ubezpieczony zobowiązany jest do:
 - 1) zawiadomienia Ubezpieczyciela w terminie 14 dni o wniesieniu Roszczenia;
 - 2) stosowania się do zaleceń Ubezpieczyciela, mających na celu wyjaśnienie okoliczności i podstaw Roszczenia oraz powstania Szkody;
 - 3) udzielenia Ubezpieczycielowi niezbędnych pełnomocnictw w związku ze zgłoszonym Roszczeniem;
 - 4) dostarczenia Ubezpieczycielowi wszelkich informacji i dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia zasadności Roszczenia;
 - 5) prowadzenia obrony i odpierania jakiegokolwiek podniesionego wobec niego Roszczenia.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi orzeczenie sądu lub innego organu, jak też jakiegokolwiek decyzje administracyjne związane z Roszczeniem, w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego.
4. Jeżeli Ubezpieczony **umyślnie lub wskutek** rażącego niedbalstwa uchybił wykonaniu któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1–3 powyżej, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu. W razie **umyślnego lub wskutek** rażącego niedbalstwa naruszenia obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 1), które uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku, Ubezpieczyciel również może odpowiednio zmniejszyć świadczenie.

§ 17. Postępowania oraz ugody dotyczące roszczenia

1. Ubezpieczyciel nie przyjmuje na siebie obowiązku prowadzenia obrony w związku z jakimkolwiek Roszczeniem objętym zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może wziąć udział w postępowaniu toczącym się w związku z Roszczeniem objętym zakresem ubezpieczenia i działać w tym postępowaniu.
3. Ubezpieczyciel może prowadzić czynności zmierzające do ustalenia odpowiedzialności, aktywnie brać udział w negocjowaniu każdej ugody dotyczącej Roszczenia oraz za pisemną zgodą Ubezpiezonego zawrzeć taką ugodę na warunkach oraz w sposób, w jaki Ubezpieczyciel uzna za stosowne.
4. Ubezpieczony nie może uznać Roszczenia, przyznać, że ponosi odpowiedzialność, decydować o ponoszeniu jakichkolwiek Kosztów obrony ani zawrzeć ugody dotyczącej Roszczenia bez uprzedniej pisemnej zgody Ubezpieczyciela, pod rygorem odmowy pokrycia Szkody lub wypłaty jakiegokolwiek innego świadczenia przewidzianego w treści niniejszych Ogólnych warunków. Ubezpieczyciel nie będzie w sposób nieuzasadniony wstrzymywał się z wyrażeniem zgody, o ile uzyska prawo do czynnego udziału w prowadzeniu obrony oraz w negocjacjach dotyczących ugodowego rozstrzygnięcia jakiegokolwiek Roszczenia.

5. Jeżeli Ubezpieczony odmówi wyrażenia zgody na zawarcie ugody, która zdaniem Ubezpieczyciela byłaby korzystna oraz na którą zgadza się zgłaszający Roszczenie, odpowiedzialność Ubezpieczyciela za Szkodę związaną z tym Roszczeniem jest ograniczona do kwoty, która zostałaby wypłacona, gdyby ugoda została zawarta, powiększonej o Koszty obrony poniesione do dnia, w którym Ubezpieczony odmówił zawarcia takiej ugody.

§ 18. Wypłata świadczenia

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zgłoszonym Roszczeniu wraz z dokumentami uzasadniającymi rozpatrzenie wniosku o wypłatę odszkodowania.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania w terminie określonym w ust. 1 okazało się niemożliwe, odszkodowanie zostanie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stanie się możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Jeżeli w zakres danego Roszczenia wchodzi sprawy zarówno objęte, jak i nieobjęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych warunków, Ubezpieczony i Ubezpieczyciel dokonają słusznego i prawidłowego podziału Kosztów obrony oraz kosztów wynikających z orzeczeń lub ugodowych rozstrzygnięć, z uwzględnieniem relatywnego ryzyka prawnego i finansowego przypadającego na sprawy objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Ogólnych warunków i sprawy nieobjęte taką ochroną.

§ 19. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej rozwiązanie

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 (siedmiu) dni od daty jej zawarcia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1) upływu terminu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem Okresu dodatkowego;
 - 2) z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia;
 - 3) na skutek złożenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, w przypadkach przewidzianych przez Ogólne warunki lub przepisy prawa, oświadczenia o odstąpieniu od umowy.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
5. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

§ 20. Cesja

Cesja Polisy lub jakichkolwiek wynikających z niej praw może nastąpić wyłącznie za pisemną zgodą Ubezpieczyciela.

§ 21. Jurysdykcja i prawo właściwe

1. Niniejsza umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia, których strony nie mogą rozstrzygnąć na drodze negocjacji ugodowych, zostaną poddane pod rozstrzygnięcie przez sądy powszechne właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub też spadkobiercy uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 22. Fałszywe Roszczenia

Zawiadomienie Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonego o podniesieniu wobec niego jakiegokolwiek Roszczenia, co do którego Ubezpieczony ma świadomość, że jest ono fałszywe lub zmierza do oszustwa w zakresie kwoty lub innych okoliczności, stanowi ważny powód, dla którego Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 23. Przejście roszczeń

1. Z dniem zapłaty odszkodowania przez Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, roszczenie Ubezpieczonego wobec osoby, która jest odpowiedzialna za powstanie Szkodы przechodzi na Ubezpieczyciela do wysokości zapłaconej kwoty.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest sporządzić wszelkie dokumenty, udzielić informacji oraz podjąć wszelkie działania konieczne do zabezpieczenia praw Ubezpieczyciela i zapewnienia mu możliwości skutecznego wystąpienia z powództwem w miejsce Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczyciel zobowiązuje się, że nie będzie wykonywał prawa do dochodzenia zwrotu zapłaconych kwot wobec którejkolwiek z Osób ubezpieczonych, chyba że zostanie ustalone na podstawie przyznania się, wyroku sądu lub innego orzeczenia, że Osoba ubezpieczona:
- 1) uzyskała korzyść, w tym majątkową lub osobistą, do której nie była uprawniona zgodnie z prawem;
 - 2) popełniła Nieprawidłowe działanie zawodowe w sposób umyślny;
 - 3) popełniła jakiekolwiek przestępstwo lub oszustwo.

§ 24. Zasady interpretacji

Poniższe zasady interpretacji mają zastosowanie do Ogólnych warunków:

- 1) nagłówki w Ogólnych warunkach zostały zamieszczone wyłącznie dla ułatwienia korzystania z tekstu i nie powinny być brane pod uwagę przy dokonywaniu ich interpretacji;
- 2) słowa i wyrażenia w liczbie pojedynczej oznaczać będą również liczbę mnogą i vice versa;
- 3) terminy, którym nadane zostało w Ogólnych warunkach ściśle określone znaczenie, powinny być interpretowane zgodnie z ich definicją, chyba że inne znaczenie wynika z kontekstu, w jakim zostały one użyte;
- 4) terminy, które nie zostały w sposób szczególnie zdefiniowane w niniejszych Ogólnych warunkach, zachowują swoje znaczenie nadane im w prawie, praktyce ubezpieczeniowej i ustalonych zwyczajach.

§ 25. Subsydiarność

O ile przepisy prawa nie przewidują odmiennego wymogu, ochrona ubezpieczeniowa udzielona na podstawie umowy ubezpieczenia ma zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do Roszczeń nieobjętych jakimikolwiek innymi ważnymi i ściągальnymi ubezpieczeniami, ubezpieczeniami od odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej, ubezpieczeniami członków zarządów i rad nadzorczych spółek kapitałowych, programami samoubezpieczenia lub innymi ekwiwalentnymi polisami, niezależnie od ich kwoty oraz niezależnie od faktu, czy dana polisa ubezpieczeniowa jest faktycznie wykupiona przez Ubezpieczonego.

§ 26. Podwójne ubezpieczenie

Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość, Ubezpieczający/Ubezpieczony nie może żądać świadczenia przewyższającego wysokość szkody.

§ 27. Reklamacje

1. Jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający nie zgadza się z decyzjami Ubezpieczyciela co do roszczenia albo wnosi inne skargi i zażalenia, może wystąpić do nas z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
2. Ubezpieczony, Ubezpieczający, uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia ma prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Może je składać:
 - 1) w postaci papierowej na adres Ubezpieczyciela: ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa, lub
 - 2) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@colonnade.pl lub na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-60996-58497-FSEAB-16, lub
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem telefonu 22 528 51 00 lub do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela.
3. Reklamacje rozpatrywane są najszybciej jak to możliwe, jednak najpóźniej do 30 dni od ich otrzymania, a w szczególnie skomplikowanych przypadkach – w terminie 60 dni od ich otrzymania. Za datę odpowiedzi uznaje się datę jej wysłania.
4. Jeżeli w szczególnie skomplikowanych przypadkach Ubezpieczyciel nie będzie w stanie odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, poinformuje:
 - 1) jakie są przyczyny opóźnienia;
 - 2) jakie okoliczności muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) jaki będzie nowy termin odpowiedzi.
5. Ubezpieczyciel odpowie na reklamację na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem zgłaszającego – w przypadku gdy reklamacja została złożona ustnie.
6. Ponadto skargi można wnosić do:
 - 1) Rzecznika Finansowego,

- 2) Komisji Nadzoru Finansowego, która sprawuje nadzór nad naszą działalnością w Polsce,
 - 3) Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Jeżeli roszczenie lub reklamacja nie zostaną uwzględnione, **Ubezpieczony**, **Ubezpieczający**, uposażony, uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia ma prawo zwrócić się do Rzecznika Finansowego, aby rozpatrzył sprawę lub przeprowadził postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego; szczególne znajdują się na stronie <http://www.rf.gov.pl>.
 8. Niezależnie od postanowień niniejszego paragrafu **Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu** lub innej osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do wstępowania na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

§ 28. Sankcje

Ubezpieczyciel nie będzie zapewniał ochrony, nie będzie zobowiązany do zapłaty jakiegokolwiek odszkodowania lub świadczenia w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia w takim zakresie, w jakim zapewnienie takiej ochrony, wypłata takiego odszkodowania lub świadczenia naraziłyby **Ubezpieczyciela** lub jego jednostkę dominującą na sankcję, zakaz/prohibicję lub ograniczenie na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub prawa Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, dotyczących sankcji handlowych i gospodarczych.

§ 29. Objęcie ochroną ubezpieczeniową

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej, objęcie ochroną ubezpieczeniową **Ubezpieczonego** następuje z chwilą wskazania w Polisie i nie wymaga przystąpienia **Ubezpieczonego** do umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest ryczałtowo i nie jest zależna od liczby **Ubezpieczonych**.
3. Obciążenie przez **Ubezpieczającego** poszczególnych **Ubezpieczonych** kosztem składki ubezpieczeniowej lub jej części wymaga uprzedniej pisemnej zgody **Ubezpieczyciela**. Ochrona ubezpieczeniowa takich **Ubezpieczonych** rozpoczyna się w dniu wskazanym w decyzji **Ubezpieczyciela** o wyrażeniu zgody na finansowanie kosztów składki ubezpieczeniowej przez **Ubezpieczonych**.
4. **Ubezpieczyciel** podejmie decyzję o wyrażeniu zgody na finansowanie kosztów składki ubezpieczeniowej przez **Ubezpieczonych** po uprzednim otrzymaniu od **Ubezpieczającego** potwierdzenia, że przedstawił wszystkim takim **Ubezpieczonym** warunki umowy ubezpieczenia wraz z pisemnym potwierdzeniem od każdego takiego **Ubezpieczonego**, iż warunki umowy ubezpieczenia zostały mu doręczone.

§ 30. Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w Ogólnych warunkach lub w umowie ubezpieczenia zawartej na ich podstawie mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa, w tym Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.



Zasady przetwarzania danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest Colonnade Insurance S.A. działająca w Polsce przez Colonnade Insurance Société Anonyme Oddział w Polsce, ul. Prosta 67, 00-838 Warszawa (dalej: Colonnade lub Administrator). Podstawą prawną i celem przetwarzania podstawowych danych osobowych jest podjęcie działań przed zawarciem umowy oraz zawarcie i wykonanie umowy. W przypadku pozyskania od ubezpieczającego lub innej osoby kontaktującej się z Administratorem danych osobowych innych osób prawnie usprawiedliwionym celem przetwarzania tych danych jest wykonanie umowy stanowiącej podstawę prawną do ich przetwarzania. W zakresie danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia, zawartych w umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, mogą one być przetwarzane odpowiednio w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia, w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia, a podstawą prawną ich przetwarzania jest uprawnienie zakładu ubezpieczeń wynikające z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W pozostałych przypadkach dane dotyczące stanu zdrowia mogą być przetwarzane na podstawie i w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony przed wnoszonymi roszczeniami.

Dane osobowe mogą być również przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, a konieczność ich przetwarzania wynika zawsze z przepisów prawa (dotyczących: działalności ubezpieczeniowej, rozpatrywania reklamacji, kwestii podatkowych i księgowych, obowiązków statystycznych i aktuarnych oraz ochrony konsumentów). Mogą być przetwarzane także w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego przez jego reasekurację, zapobieganie szkodom Administratora przez przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, prowadzenie marketingu bezpośredniego produktów własnych przez prowadzenie działań analitycznych i kontakt z osobą, której dane dotyczą, zapewnienie zgodności w zakresie międzynarodowych sankcji przez prowadzenie analiz, a także dochodzenie lub obrona przed roszczeniami wynikającymi z działalności Administratora, w tym podejmowanie niezbędnych działań dla ich zabezpieczenia).

Dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom jedynie w związku z realizacją wyżej wymienionych celów i na podstawie pisemnej umowy (m.in. dostawcom usług IT, pośrednikom ubezpieczeniowym, likwidatorom szkód, windykatorom, agencjom marketingowym) lub w związku z usprawiedliwionym celem Administratora (m.in. zakładom ubezpieczeń, reasekuratorom, instytucjom płatniczym lub podmiotom świadczącym bezpośrednio usługi wobec osoby, której dane dotyczą).

Dane osobowe w zależności od celu są przetwarzane zawsze nie dłużej niż to wynika z okresu przedawnienia roszczeń lub przepisów prawa. Dane osobowe mogą być przekazane przez Colonnade do państw trzecich (poza Europejski Obszar Gospodarczy) jedynie w sytuacjach określonych przez prawo, w szczególności gdy zostaną spełnione warunki zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa danych osobowych. Przekazanie danych osobowych może odbywać się m.in. na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską, na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony zgodnie z art. 45 RODO lub na podstawie „Ram Prywatności Danych UE-USA”, co oznacza, że zapewniono stosowanie odpowiednich środków ochrony i bezpieczeństwa danych osobowych wymaganych przez przepisy europejskie. W innych przypadkach przesyłania danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy informacja o tym zostanie udostępniona w klauzuli dotyczącej zasad ich przetwarzania.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (zarówno w Polsce, jak i w Luksemburgu), a także prawo do cofnięcia wyrażonych zgód. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy oraz wypełnienia obowiązków prawnych Colonnade. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, tak samo jak adresu e-mail, chyba że jest on konieczny do dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Niemniej prowadzenie marketingu bezpośredniego e-mailowo lub telefonicznie nie będzie możliwe bez uprzedniej zgody. Zgoda może być w każdym czasie cofnięta w sposób wskazany poniżej i bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Z Administratorem można się kontaktować, pisząc na adres Oddziału Colonnade, dzwoniąc pod numer +48 22 276 26 00 oraz wysyłając e-mail: info@colonnade.pl. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności w sprawie skorzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, sprzeciwu, przekazywania danych poza obszar EOG, można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych w Colonnade (dpo@colonnade.pl) lub wysyłając pismo na adres oddziału Colonnade.

