



## Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Bezpieczny dla Klientów PROFİ CREDIT Polska S.A.

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer wzorca jednostki redakcyjnej Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Bezpieczny dla Klientów PROFİ CREDIT Polska S.A.
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 13, 14, 17; § 3, § 5 ust. 1 i 2, § 8, § 9, § 11
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 7 i 14, § 8, § 9, § 10

### § 1. Postanowienia ogólne

1. Ogólne warunki ubezpieczenia Pakiet Bezpieczny dla Klientów PROFİ CREDIT Polska S.A. – (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów PROFİ CREDIT Polska S.A. z Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce przez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wchodząca w skład grupy AXA.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego, będących również Ubezpieczonym) i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

### § 2. Definicje

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres zamieszkania** – jedno miejsce zamieszkania Ubezpieczającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wnioskopolisie poprzez podanie adresu, a w przypadku zmiany - nowy adres zgłoszony do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta na piśmie;

- 2) **Agent** – PROFİ CREDIT Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (03-291) przy ul. Św. Wincentego 93/5 – agent ubezpieczeniowy tj. uprawniony przedstawiciel Towarzystwa;
- 3) **Centrum Alarmowe Towarzystwa** – podmiot działający w imieniu i na rzecz Towarzystwa, zajmujący się zleconymi czynnościami ubezpieczeniowymi w ramach likwidacji szkód;
- 4) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Towarzystwo, jest to dzień następujący po dniu podpisania Wnioskopolisy, ale nie wcześniejszy niż od dnia następującego po dniu wymagalności pierwszej raty Składki, pod warunkiem jej opłacenia w terminie;
- 5) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych rodzajów ryzyka:
  - a) Utrata pracy – dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku utraty pracy uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
  - b) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – data powstania uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego;
- 6) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;

- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 8) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający, zgodnie z harmonogramem płatności rat Składek;
- 9) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa;
- 10) **Towarzystwo / Ubezpieczyciel** – Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli działająca w Polsce przez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce wchodząca w skład grupy AXA;
- 11) **Ubezpieczający/Ubezpieczony** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia. Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym tj. jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.
- 12) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 13) **Uszczerbek lub uszkodzenia ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli uszczerbków i uszkodzeń ciała, która jest załącznikiem do niniejszych OWU stanowiącym ich integralną część;
- 14) **Utrata pracy** – utrata pracy, z przyczyn niedotyczących Ubezpieczonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony lub określony, taki, że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż data zakończenia Okresu ubezpieczenia, pod warunkiem, że w wyniku takiej utraty pracy Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy. W przypadku zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje kolejne świadczenie pod warunkiem, że kolejna utrata pracy przez Ubezpieczonego poprzedzona była, co najmniej 12-miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony;
- 15) **Wariant ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia; warianty ubezpieczenia różnią się między sobą sumami ubezpieczenia i wysokością Składek;
- 16) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku zaakceptowania przez Towarzystwo lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – to jedno z następujących zdarzeń, w zależności od statusu zatrudnienia:
  - a) Utrata pracy, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, albo
  - b) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego w formie pisemnej lub mailowo, o ile Ubezpieczający wyraził na to zgodę we Wnioskopolisie.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w Wnioskopolisie. Potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest Wnioskopolisa podpisana przez przedstawiciela Towarzystwa.
5. Ubezpieczającym może być Klient, który:
  - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia posiada pełną zdolność do czynności prawnych i ma ukończony 18. rok życia, a jednocześnie który nie ukończy 70 roku życia przed upływem Okresu ubezpieczenia;
  - 2) posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 3) złożył wypełniony druk Wnioskopolisy wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami zawartymi we Wnioskopolisie, niezbędnymi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu 3 Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

### § 5. Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (w okresie ubezpieczenia).
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Utraty pracy rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego;
  - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
  - 3) w przypadku złożenia wypowiedzenia - z końcem okresu, za który zapłacona została ostatnia rata Składki przez Ubezpieczającego;
  - 4) zakończenia Okresu ubezpieczenia;
  - 5) wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Uszczerbku lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
  - 6) ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia;
  - 7) w razie niezapłacenia w terminie kolejnej miesięcznej raty Składki – z bezskutecznym upływem 7-dniowego terminu od dnia otrzymania wezwania do zapłaty wysłanego przez Agenta w imieniu Towarzystwa.
4. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, której okres trwania przekracza 6 miesięcy, w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu za pośrednictwem Agenta w formie pisemnej na adres PROFI CREDIT Polska S.A., 03-291 Warszawa, ul. Św. Wincentego 93/5.
5. Po upływie terminów wskazanych w ust. 4 Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia Towarzystwu za pośrednictwem Agenta składając oświadczenie w formie pisemnej ze skutkiem na dzień wskazany w ust. 3 pkt 3.

### § 6. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń.
3. Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.

### § 7. Składka

1. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu ochrony ubezpieczeniowej ustalana jest przez Ubezpieczyciela z uwzględnieniem zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, oraz okresu trwania umowy ubezpieczenia.
2. Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej i płatna jest przez Ubezpieczającego miesięcznie w ratach za pośrednictwem Agenta na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
3. Wysokość należnej Towarzystwu pierwszej Składki oraz termin jej płatności są określone we Wnioskopolisie.

### § 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i ryzyko utraty dochodów Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje – w zależności od statusu zatrudnienia:
  - 1) Utratę pracy - dla Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony oraz zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, pod warunkiem, że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż data zakończenia Okresu ubezpieczenia albo:
  - 2) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - przysługuje osobom, którym nie przysługuje ochrona z tytułu Utraty pracy.

### § 4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje, w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową w oparciu o wypełnioną i zaakceptowaną przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa Wnioskopolisy. Zapłata Składek powinna nastąpić zgodnie z harmonogramem płatności rat Składek.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo we Wnioskopolisie i opłaceniu pierwszej raty Składki.

4. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie jest świadczona.

### § 8. Sumy ubezpieczenia

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Zdarzenie ubezpieczeniowe:	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku*	30 000 zł	70 000 zł	100 000 zł
Utrata pracy*	4 800 zł	9 000 zł	13 200 zł

\*ryzyka wymienne:

-Utrata pracy przysługuje osobom, które na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego są zatrudnione na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony ale pod warunkiem, że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż data zakończenia Okresu ubezpieczenia, albo:

-Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - przysługuje osobom, którym nie przysługuje ochrona z tytułu Utraty pracy.

2. Sumy ubezpieczenia są ustalane na 12-miesięczne okresy ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia o kwoty wypłaconych świadczeń z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone, i które miały miejsce w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.

3. Sumy ubezpieczenia ulegają odnowieniu w każdym kolejnym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.

### § 9. Świadczenia ubezpieczeniowe

#### Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku Uszczerbku lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości kwoty zależnej od Sumy ubezpieczenia – procent określa Tabela nr 1 – Tabela uszczerbków i uszkodzeń ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Podstawą wypłaty świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście Zdarzenia. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.

2. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu Uszczerbku lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela i na jego koszt.

#### Utrata pracy

3. W przypadku Utraty pracy Towarzystwo wypłaci 1 świadczenie za każdy miesiąc pozostawiania Ubezpieczonego bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, przy czym pierwsze świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu po 1-miesięcznym ciągłym pozostawianiu bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 świadczeń z tytułu utraty pracy.
4. Z tytułu Utraty pracy Towarzystwo wypłaci miesięczne świadczenie określone w Tabeli poniżej:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
800 zł	1 500 zł	2 200 zł

### § 10. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

#### Uszczerbek lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy Uszczerbek na zdrowiu lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba, że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,

- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
- 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,

- 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>,

- 6) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,

- 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,

- 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa,

- 9) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe,

- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania danym pojazdem lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego,

- 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji - w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa - w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

#### Utrata pracy

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Utraty pracy jest wyłączona, jeżeli:

- 1) do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę,

- 2) Ubezpieczony przed zawarciem Umowy ubezpieczenia został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanymi z tym faktem zmianami sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego,

- 3) Utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę w związku z upływem czasu, na który została zawarta, rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego na mocy porozumienia stron z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz. U. Nr 90, poz. 844 ze zm.), wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy,

- 4) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącym dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony jest współnikiem (akcjonariuszem) spółki

osobowej lub kapitałowej, lub jest członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego,

- 5) Utrata pracy wynika z powodu: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

### § 11. Wypłata świadczenia

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić roszczenie do Towarzystwa na adres: Inter Partner Assistance Polska Sp. z o.o. ul. Giełdowa 1; 01-211. Warszawa.
2. Ustalenie zasadności roszczeń i wysokości przysługujących świadczeń odbywa się w oparciu o dokumentację przedłożoną przez Ubezpieczonego lub uzyskaną przez Ubezpieczyciela.
3. W przypadku Uszczerbku lub uszkodzenia ciała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zgłoszenie roszczenia powinno zawierać:
  - 1) wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia,
  - 2) opis okoliczności zdarzenia, oraz w miarę możliwości
  - 3) kopię opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital);
  - 4) kopię protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie),
  - 5) kopię dokumentacji medycznej, potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem,
  - 6) kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Utraty pracy powinno ono zawierać:
  - 1) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia,
  - 2) zaświadczenia z urzędu pracy informującego o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
  - 3) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy;
  - 4) kopii umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający dzień wystąpienia zdarzenia,
  - 5) w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie.
  - 6) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
5. Jeżeli wskazane w niniejszych OWU dokumenty okażą się niewystarczające, Ubezpieczony może zostać poproszony o przedstawienie innych dokumentów, niezbędnych do określenia zasadności roszczeń i wysokości świadczeń, których Ubezpieczyciel nie jest w stanie pozyskać samodzielnie.
6. Dokumenty, o których mowa w ustępach 3–5, powinny zostać złożone, o ile są przedkładane przez Ubezpieczonego, w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez organ, który je wydał, Agenta albo pracownika Towarzystwa. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
7. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 7.
9. Wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
10. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu +48 22 529 85 73 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów

telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy.

### § 12. Reklamacje i spory sądowe

1. Reklamacje składa się:
  - 1) w formie pisemnej:
    - a) osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub w placówce Agenta;
    - b) przesyłką pocztową na adres Ubezpieczyciela:  
Dział Jakości Inter Partner Assistance Polska Sp. z o.o.  
ul. Giełdowa 1; 01-211 Warszawa;
  - 2) drogą elektroniczną na adres e-mail: [quality@axa-assistance.pl](mailto:quality@axa-assistance.pl).
2. Przesłane zgłoszenie powinno zawierać następujące dane:
  - 1) imię i nazwisko Klienta; nazwa firmy,
  - 2) pełen adres korespondencyjny Klienta lub
  - 3) adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź;
  - 4) wskazanie umowy ubezpieczenia, której dotyczy Reklamacja;
  - 5) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające Reklamację;
  - 6) oczekiwane przez Klienta działania;
  - 7) w przypadku, gdy Klient oczekuje przerwania odpowiedzi drogą elektroniczną – żądanie Klienta w tym zakresie.
3. Jeżeli w procesie rozpatrywania Reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, Ubezpieczyciel wystąpi do Klienta o ich dostarczenie.
4. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel:
  - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
  - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
  - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
6. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres pocztowy, chyba że Klient wnosil o przerwaniu mu odpowiedzi pocztą elektroniczną – wówczas odpowiedź zostanie przesłana drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail.
7. Klient może wystąpić na drogę sądową. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego bądź miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich spadkobierców.
8. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
9. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z umową ubezpieczenia. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.

### § 13. Postanowienia końcowe

1. Wszystkie oświadczenia, zawiadomienia i wnioski związane z treścią umowy ubezpieczenia składane do Ubezpieczyciela, z wyłączeniem tych, które na podstawie niniejszych OWU przekazywane są do Centrum Alarmowego Towarzystwa, powinny zostać złożone na piśmie. Dokumentacja związana z ustaleniem odpowiedzialności ubezpieczyciela kierowana do Centrum Alarmowego Towarzystwa oraz Reklamacja mogą być doręczane za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres [likwidacja@axa-assistance.pl](mailto:likwidacja@axa-assistance.pl). Na żądanie Centrum Alarmowego Towarzystwa, w uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia oryginałów dokumentów uprzednio przekazanych za pomocą poczty elektronicznej.
2. We wszelkich kontaktach i prowadzonej z Ubezpieczycielem korespondencji obowiązuje język polski. Dla dokumentacji medycznej dopuszcza się języki obce, jednak Ubezpieczyciel może wymagać przedłożenia dokumentacji przetłumaczonej przysięgłe z języka obcego na język polski.

3. Dla umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze OWU właściwym jest prawo polskie.
4. O ile OWU nie stanowią odmiennie, informacje, dokumenty i oświadczenia związane z Umową ubezpieczenia będą przekazywane pisemnie lub drogą elektroniczną, lub w innej formie zaakceptowanej przez Strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.
5. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce Zarządzeniem nr 38/2022 z dnia 22.11.2022 r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15.12.2022 r.

Jan Čupa



Dyrektor Generalny  
Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce