

# UBEZPIECZENIE NALEŻNOŚCI HANDLOWYCH BUSINESS COVER

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Towarzystwo Ubezpieczeń Euler Hermes S.A.

Informacja, która dotyczy Ubezpieczenia należności handlowych Business Cover zgodnie z wymogami art. 17 ust. 1. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń
część 2, część 3: punkt 1, punkt 3 (zdanie pierwsze); część 4: punkt 1 (zdanie pierwsze), punkt 3, punkt 5 (zdanie pierwsze), punkt 7 (zdanie drugie i trzecie), punkt 8 (zdanie pierwsze), punkt 13, punkt 14; część 5: punkt 4, punkt 6; część 6 punkt 1a); część 7: punkty 1-3; część 8: punkt 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowań i innych świadczeń lub ich obniżenia.
część 3 punkt 2, część 4: punkt 2, punkt 6 (zdanie drugie), punkt 8 (zdanie drugie), punkt 12 (zdanie pierwsze), punkt 15; część 6: punkt 1b), punkt 2 (zdanie pierwsze i drugie), punkt 5; część 7 punkt 4, część 8: punkty 6-9, część 9: punkt 5 (zdanie pierwsze), punkt 6

## Spis treści

1. Przedmiot ubezpieczenia – co i na jakich zasadach ubezpiecza ubezpieczyciel .....	4
2. Wypadek ubezpieczeniowy – kiedy występuje .....	4
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej – jakie należności chroni ubezpieczyciel .....	4
4. Ochrona ubezpieczeniowa – na jakiej podstawie i kiedy ubezpieczyciel ubezpiecza należności .....	5
5. Zarządzanie ryzykiem – prawa i obowiązki ubezpieczającego .....	6
6. Windykacja i działania, które mają zminimalizować szkodę – jak ubezpieczyciel i ubezpieczający odzyskują i rozliczają należności .....	7
7. Należności odzyskane i ustalanie wysokości szkody – jak ubezpieczyciel ustala wysokość odszkodowania .....	8
8. Wypłata odszkodowania – kiedy i na jakich warunkach ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie .....	8
9. Składka ubezpieczeniowa i inne opłaty – jakie koszty ponosi ubezpieczający .....	9
10. Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne .....	10
Słownik .....	12
Załącznik nr I Procedura reklamacyjna .....	14

## OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NALEŻNOŚCI HANDLOWYCH BUSINESS COVER (dalej nazywane „OWU”)

### 1. Przedmiot ubezpieczenia – co i na jakich zasadach ubezpiecza ubezpieczyciel

1. **Ubezpieczyciel** ubezpiecza **naleşności ubezpieczającego**.
2. Na warunkach określonych w **umowie ubezpieczenia**, którą zawarł **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający**:
  - a) **ubezpieczyciel** zobowiązuje się wypłacić odszkodowanie, jeżeli **ubezpieczający** nie otrzyma zapłaty za ubezpieczane **naleşności**, ponieważ wystąpił **wypadek ubezpieczeniowy**;
  - b) **ubezpieczający** zobowiązuje się zapłacić **ubezpiezycielowi** składkę ubezpieczeniową.

- ii. majątek **klenta** jest obciążony hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym, zastawem skarbowym lub hipoteką morską w takim stopniu, że jego pozostały majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, albo

- f) gdy **naleşności** powstały w obrocie zagranicznym – w dniu, w którym zaistniały okoliczności, które w kraju **klenta** odpowiadają wymienionym w tym punkcie **wypadkom ubezpieczeniowym** przewidzianym w prawie polskim, albo
- g) w dniu śmierci **klenta**, gdy jest on osobą fizyczną, która prowadzi na własny rachunek jednoosobową działalność gospodarczą (nie dotyczy to śmierci współnika spółki cywilnej).

### 2. Wypadek ubezpieczeniowy – kiedy występuje

1. **Wypadek ubezpieczeniowy** to zdarzenie, które polega na tym, że **ubezpieczający** nie otrzymał od **klenta** zapłaty ubezpieczonych **naleşności** z powodu:
  - a) faktycznej niewypłacalności **klenta** lub
  - b) prawnie potwierdzonej niewypłacalności **klenta** (wypadku prawnego).
 Na potrzeby rozliczenia jako **wypadek ubezpieczeniowy** przyjmuje się to zdarzenie, które zaszło jako pierwsze.
2. Faktyczna niewypłacalność **klenta** występuje, gdy nie zapłacił on **naleşności** w całości lub części, zanim upłynął **okres windykacji**.
3. Prawn potwierdzona niewypłacalność występuje:
  - a) w dniu, w którym właściwy sąd wydał postanowienie o ogłoszeniu upadłości **klenta**, pod warunkiem że się ono uprawomocniło, albo
  - b) w dniu, w którym wydano postanowienie o otwarciu:
    - i. przyspieszonego postępowania układowego **klenta** albo
    - ii. postępowania układowego **klenta** – dla układowego **wypadku ubezpieczeniowego** zachodzi jedynie wtedy, gdy **ubezpieczający** jest objęty tym układem, albo
    - iii. postępowania sanacyjnego **klenta**,
 pod warunkiem że się one uprawomocniły, albo
  - c) w dniu, w którym wydano postanowienie o zatwierdzeniu układowego obejmującego **naleşności** od **klenta**, przyjętego w toku postępowania o zatwierdzenie układowego, pod warunkiem że się ono uprawomocniło, albo
  - d) w dniu, w którym właściwy organ egzekucyjny wydał postanowienie o umorzeniu postępowania prowadzonego wobec **klenta** w związku z brakiem możliwości zaspokojenia w całości roszczeń, których dochodzi **ubezpieczający**, albo
  - e) w dniu, w którym właściwy sąd orzekł o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości **klenta**, ponieważ:
    - i. majątek niewypłacalnego **klenta** nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania lub wystarcza jedynie na zaspokojenie tych kosztów, lub

### 3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej – jakie naleşności chroni ubezpieczyciel

1. **Ubezpieczyciel** obejmuje ochroną ubezpieczeniową **naleşności**, które:
  - a) powstały w ramach obowiązywania **limitu kredytowego** lub **limitu automatycznego** oraz
  - b) są bezsporne i na dzień zajścia **wypadku ubezpieczeniowego** nieprzedawnione, oraz
  - c) powstały w okresie obowiązywania **umowy ubezpieczenia** w związku z działalnością gospodarczą wskazaną w **polisie**, oraz
  - d) powstały z tytułu sprzedaży lub dostawy towarów lub usług, a **ubezpieczający** tę sprzedaż lub dostawę wykonał na rzecz **klenta**, oraz
  - e) przysługują **ubezpieczającemu** od **klenta**, który ma siedzibę w kraju o **ratingu** pozwalającym na objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz
  - f) wynikają z **faktur**, które **ubezpieczający** wystawił zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, oraz
  - g) należą do **ubezpieczającego** co najmniej od momentu, w którym zgłosił on **wniosek windykacyjno-szkodowy** – chyba że **ubezpieczyciel** wcześniej, z zachowaniem formy dokumentowej pod rygorem nieważności, zgodził się, aby **ubezpieczający** stał się ich właścicielem później, oraz
  - h) powstały, gdy trwała ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy danego **klenta**.
2. **Ubezpieczyciel** nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową **naleşności**:
  - a) od **odbiorców publiczno-prawnych**;
  - b) od osób fizycznych, jeżeli **naleşności**:
    - nie powstały w związku z prowadzeniem przez tę osobę działalności gospodarczej lub
    - powstały w czasie, w którym **klent** nie prowadził działalności gospodarczej, ponieważ ją zawiesił;
  - c) od przedsiębiorców, którzy są powiązani z **ubezpieczającym** personalnie lub kapitałowo w taki sposób, że:
    - **ubezpieczający** bezpośrednio lub pośrednio ich kontroluje w ramach struktury zarządczej lub finansowej lub

- oni bezpośrednio lub pośrednio kontrolują **ubezpieczającego** w ramach struktury zarządczej lub finansowej lub
  - należą do tej samej grupy kapitałowej co **ubezpieczający**;
- d) którymi są odsetki, kary umowne, odszkodowania, straty kursowe oraz koszty, które powstały wskutek reklamacji dotyczących wad towarów lub usług lub też innych zarzutów **klienta**;
  - e) z tytułu sprzedaży lub dostawy:
    - towarów lub usług, na które **ubezpieczający** nie ma wymaganych zezwoleń, lub
    - towarów, których przywożenie do kraju przeznaczenia lub wywożenie narusza obowiązujące zakazy lub jest objęte sankcjami ekonomicznymi lub handlowymi;
  - f) wynikających z transakcji, w których nie doszło do wydania towaru;
  - g) nieściągalnych lub niezapłaconych z powodu: wojny, wydarzeń wojennych, aktów terroru, rozruchów wewnętrznych, zamieszek, rewolucji, konfiskat, utrudnień lub ograniczeń w obrocie towarami, usługami lub obrocie płatniczym spowodowanych przez akty prawne lub decyzje władz lub instytucji państwowych albo samorządowych, klęsk żywiołowych lub katastrof jądrowych;
  - h) celnych oraz pozostałych opłat i podatków, poza podatkiem od towarów i usług;
  - i) co do których **ubezpieczający** nie przestał **zgłoszenia niezapłaconych należności** lub **wniosku windykacyjno-szkodowego** albo przestał nieterminowo lub wycofał **zgłoszenie niezapłaconych należności** lub **wniosek windykacyjno-szkodowy**;
  - j) z **terminem płatności** dłuższym niż **maksymalny termin płatności** – chyba że **ubezpieczyciel** potwierdził, że obejmuje je ochroną ubezpieczeniową;
  - k) których **ubezpieczający** nie uwzględnił w obrocie zgłoszonym do wyciszenia składki ubezpieczeniowej;
  - l) z tytułu sprzedaży lub dostawy towarów lub usług zamówionych lub odebranych przez osobę trzecią podszyczącą się pod **klienta** albo działającą w imieniu lub na rzecz **klienta** bez jego upoważnienia;
  - m) które wynikają z transakcji gotówkowych oraz przedpłat;
  - n) zabezpieczonych, w całości lub w części, zabezpieczeniami ustanowionymi bez zgody **ubezpieczyciela**, za wyjątkiem **należności** zabezpieczonych wekslem, poręczeniem wekslowym, poręczeniem, hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym lub cesją wierzytelności na rzecz **ubezpieczającego**;
  - o) wynikających z działalności przedsiębiorstwa w spadku;
  - p) powstałych po dniu śmierci osoby fizycznej, prowadzącej działalność gospodarczą jako współnik **klienta** będącego spółką cywilną.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w chwili, w której **ubezpieczający** wydał towar lub wykonał usługę zgodnie z umową z **klientem**, a **klient** potwierdził to w odpowiednich dokumentach.
 

**Ubezpieczający** wydał towar, gdy:

    - a) przekazał go przewoźnikowi działającemu na zlecenie **klienta** aby przetransportował on ten towar do miejsca wskazanego przez **klienta**, albo

- b) przekazał go **klientowi** lub osobie trzeciej wskazanej przez **klienta** – jeśli nie ma przewoźnika działającego na zlecenie **klienta**.

#### 4. Ochrona ubezpieczeniowa – na jakiej podstawie i kiedy ubezpieczyciel ubezpiecza należności

1. **Ubezpieczyciel** może ubezpieczyć **należności** od danego **klienta** na podstawie:

- a) **decyzji kredytowej** (zob. część 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 5–12,15) albo
- b) **opinii ubezpieczyciela** (zob. część 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 13–15).

**Ubezpieczyciel** ubezpiecza **należności** według kolejności, w jakiej powstają, do wysokości obowiązującego **limitu kredytowego** albo do wysokości **limitu automatycznego**.

2. Ochrona ubezpieczeniowa przyszłych **należności** od **klienta** ustaje w momencie, w którym wystąpi którekolwiek z następujących zdarzeń:

- a) jakakolwiek **należność** od danego **klienta** jest niezapłacona na dzień, w którym upłynął **maksymalny okres ochrony**;
- b) **ubezpieczyciel** zniósł **limit kredytowy** dla danego **klienta**;
- c) **ubezpieczający** otrzymał negatywną **opinię ubezpieczyciela**;
- d) **ubezpieczający** przestał **wniosek windykacyjno-szkodowy**;
- e) zaszedł **wypadek ubezpieczeniowy**;
- f) miała miejsce któraś z sytuacji określonych w części 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 15;
- g) **umowa ubezpieczenia** przestała obowiązywać, niezależnie od przyczyny i sposobu w jaki to nastąpiło.

3. Ochrona ubezpieczeniowa wznowia się automatycznie, gdy dany **klient** zapłaci wszystkie **należności** przeterminowane powyżej **maksymalnego okresu ochrony**, jeżeli:

- a) nie wygasta **opinia ubezpieczyciela** oraz
- b) **ubezpieczyciel** nie zniósł **limitu kredytowego**, oraz
- c) nie zaszedł **wypadek ubezpieczeniowy**, oraz
- d) obowiązuje **umowa ubezpieczenia**.

4. W przypadku gdy **należność** zostanie objęta **reklamacją**, to do czasu rozstrzygnięcia postępowania reklamacyjnego nie biegnie w stosunku do tej **należności** **maksymalny okres ochrony**. Gdy **reklamacja** zostanie uznana, to **maksymalny okres ochrony** liczony jest od pierwotnego, przedłużonego lub nowo ustalonego **terminu płatności**, zależnie, który z tych **terminów** przypada później. Gdy **reklamacja** zostanie odrzucona, to **maksymalny okres ochrony** liczony jest od daty doręczenia **klientowi** decyzji o odmowie uznania **reklamacji**.

#### Limit kredytowy

5. **Ubezpieczyciel** może udzielić ochrony ubezpieczeniowej na podstawie **decyzji kredytowej** do wysokości **limitu kredytowego**, jeśli **ubezpieczający** złoży wniosek o ten **limit**.

Wnioskowana wysokość **limitu** powinna wystarczać na pokrycie salda **należności** od danego **klienta**.

6. **Ubezpieczający** może złożyć wniosek o **limit kredytowy** tylko w **systemie Syntesys**. **Limit kredytowy** jest nieważny i nie powoduje powstania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli **ubezpieczyciel** ustalił go na podstawie wniosku, który nie zawiera odpowiedzi na wszystkie pytania lub zawiera odpowiedzi niezgodne ze stanem faktycznym.
7. **Ubezpieczyciel** ocenia **klienta** i na tej podstawie wydaje **decyzję kredytową**. **Limit kredytowy** obowiązuje od daty i na warunkach określonych w **decyzji kredytowej**. **Ubezpieczyciel** może określić w decyzji dodatkowe warunki ustanowienia **limitu kredytowego** lub inną wysokość udziału własnego **ubezpieczającego**. **Ubezpieczyciel** ma prawo informować **klienta** o zawartej **umowie ubezpieczenia**, aby uzyskać dane niezbędne do oceny ryzyka.
8. **Ubezpieczyciel** obejmuje ochroną ubezpieczeniową **należności** nieubezpieczone ze względu na przekroczenie limitu, jeżeli **klient** wcześniej zapłacił ubezpieczone **należności** i tylko w takiej wysokości, w jakiej je zapłacił. Jeżeli **ubezpieczyciel** obniży **limit kredytowy**, ubezpiecza kolejne **należności** do wysokości obniżonego **limitu kredytowego**, o ile mieszczą się w tym **limicie** po zapłaceniu istniejących **należności**. Dotyczy to również **należności** powstałych przed obniżeniem **limitu kredytowego**. Włączenie nieubezpieczonych **należności** do ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w niniejszym punkcie, nie następuje, jeżeli ustała ochrona ubezpieczeniowa (zob. część 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 2).
9. **Ubezpieczający** może anulować **limit kredytowy** do 3 dni od dnia otrzymania **decyzji kredytowej** ustalającej ten **limit** (nie dotyczy to decyzji zmieniającej wysokość lub utrzymującej dotychczasową wysokość **limitu**). Jeśli to zrobi, **ubezpieczyciel** uznaje anulowany **limit kredytowy** za niebyły. W takiej sytuacji anulowany **limit kredytowy** nie jest podstawą ochrony ubezpieczeniowej.  
  
Mimo że **ubezpieczający** anuluje **limit kredytowy**, może wnioskować o ochronę ubezpieczeniową na podstawie pozytywnej **opinii ubezpieczyciela**.
10. Po upływie 3 dni od dnia otrzymania **decyzji kredytowej** ustalającej **limit kredytowy** **ubezpieczający** może go w dalszym ciągu anulować, lecz w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa ustaje w momencie, w którym **ubezpieczający** anuluje **limit kredytowy**.  
  
Mimo że **ubezpieczający** anuluje **limit kredytowy**, może wnioskować o ochronę ubezpieczeniową na podstawie pozytywnej **opinii ubezpieczyciela**.
11. Suma wszystkich obowiązujących w danym czasie **limitów kredytowych** nie powinna przekraczać **maksymalnej ekspozycji limitowej**, określonej w **polisie**. Jeśli ją przekroczy, **ubezpieczyciel** może przestać ustalać nowe **limity kredytowe**, o czym poinformuje **ubezpieczającego**. Aby nie doszło do takiej sytuacji, **ubezpieczający** powinien regularnie przeglądać swoje **limity kredytowe** i redukować je lub anulować w miarę swoich potrzeb.
12. **Ubezpieczyciel** ma prawo w każdej chwili obniżyć lub znieść **limit kredytowy** dla przyszłych **należności** od danego **klienta** lub dla wszystkich **klientów** z siedzibą w danym kraju. O obniżeniu lub zniesieniu tego **limitu** poinformuje **ubezpieczającego** w **decyzji kredytowej**. Moment wejścia w życie obniżenia lub zniesienia **limitu kredytowego** w stosunku do przyszłych **należności** jest określony w **polisie** i zależy od **ratingu** kraju siedziby **klienta**.

## Opinia ubezpieczyciela

13. **Ubezpieczający** może uzyskać ochronę ubezpieczeniową dla **należności** do wysokości **limitu automatycznego**, gdy otrzyma w **systemie Syntesys** pozytywną **opinię ubezpieczyciela**, o ile:
  - a) w ostatnich 12 miesiącach **ubezpieczyciel** nie odmówił mu przyznania **limitu kredytowego** dla danego **klienta** ani nie zniósł takiego **limitu kredytowego** oraz
  - b) żadna z **należności** od **klienta** nie jest przeterminowana powyżej **maksymalnego okresu ochrony**, oraz
  - c) **ubezpieczający** nie ma **niekorzystnych informacji** o sytuacji majątkowej **klienta** lub o tym, że nie reguluje on płatności.
14. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie **opinii ubezpieczyciela** obowiązuje przez określony w **polisie** okres, jeśli wcześniej nie ustanie (zob. część 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 2).
15. W momencie, w którym **ubezpieczający** otrzyma **decyzję kredytową** niezależnie od jej treści, przestaje obowiązywać ochrona ubezpieczeniowa na podstawie **opinii ubezpieczyciela**. W momencie, w którym **ubezpieczający** złoży wniosek o **opinię ubezpieczyciela**, przestaje obowiązywać ochrona ubezpieczeniowa w ramach przyznanego **limitu kredytowego**.

## 5. Zarządzanie ryzykiem – prawa i obowiązki ubezpieczającego

1. **Ubezpieczający** ma obowiązek:
  - a) współpracować z **klientem** z należytą starannością, tak jak gdyby nie był ubezpieczony;
  - b) podejmować wszelkie uzasadnione działania, aby odzyskać swoje **należności**, chronić swoje prawa oraz zapobiec **szkodzie** lub ją ograniczyć. **Ubezpieczający** działa w porozumieniu z **ubezpieczycielem** i za jego zgodą, a gdy **ubezpieczyciel** zaleci określone działania – działa zgodnie z tymi zaleceniami.
2. Gdy zajdzie **wypadek ubezpieczeniowy**, **ubezpieczający** ma obowiązek – po uzyskaniu zgody **ubezpieczyciela** – zabezpieczyć **ubezpieczycielowi** możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec **klienta** i innych osób odpowiedzialnych za **szkodę**. **Ubezpieczający** odpowiada za **szkodę**, którą **ubezpieczyciel** poniósł, ponieważ **ubezpieczający** nie dopełnił tego obowiązku.
3. W okresie od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do zajścia **wypadku ubezpieczeniowego** **ubezpieczający** ma obowiązek przekazywać **ubezpieczycielowi** **niekorzystne informacje** oraz informacje, które mogą świadczyć o tym, że sytuacja finansowa **klienta** się pogarsza. **Ubezpieczający** ma obowiązek przekazać **ubezpieczycielowi** te informacje niezwłocznie, do 7 dni od ich uzyskania.
4. **Ubezpieczający** ma prawo przedłużać **klientowi termin płatności** ubezpieczonych **należności** tak, aby ostateczny **termin płatności** nie przekroczył **maksymalnego terminu płatności**. Może to zrobić w ciągu 30 dni od poprzednio ustalonego **terminu płatności**. Przedłużenie **terminu płatności** wymaga zachowania formy dokumentowej pod rygorem uznania go za nieskuteczne na gruncie **umowy ubezpieczenia**.



5. **Ubezpieczający** musi uzyskać zgodę **ubezpieczyciela**, aby móc zawrzeć umowę z **klientem** lub wydłużyć **termin płatności** ponad **maksymalny termin płatności** w okresie od powstania **należności** do wypłaty odszkodowania. Aby zgoda **ubezpieczyciela** była ważna, musi być udzielona z zachowaniem formy dokumentowej.
6. **Ubezpieczający** ma obowiązek przekazywać **ubezpieczycielowi** wszelkie informacje i dokumenty, które **ubezpieczyciel** uzna za konieczne przede wszystkim, aby:
  - a) stwierdzić, że:
    - **ubezpieczający** spełnił obowiązki wynikające z **umowy ubezpieczenia**,
    - zaszedł **wypadek ubezpieczeniowy**,
    - obowiązuje ochrona ubezpieczeniowa, lub
  - b) obliczyć wysokość **szkody**.
7. Dokumenty wymagane do ustalenia wysokości **szkody**, wskazane w **polisie**, **ubezpieczający** przekazuje **ubezpieczycielowi** w **systemie Syntesys**:
  - a) w przypadku prawnie potwierdzonej niewypłacalności – do 6 miesięcy od dnia zajścia **wypadku ubezpieczeniowego** wraz z formularzem Zgłoszenia wypadku prawnego, o ile wcześniej nie upłynął termin na przesłanie **wniosku windykacyjno-szkodowego** lub **zgłoszenia niezapłaconych należności**;
  - b) w przypadku faktycznej niewypłacalności – do dnia zajścia **wypadku ubezpieczeniowego**.

**Ubezpieczyciel** może żądać, aby **ubezpieczający** okazał oryginały tych dokumentów.
4. **Ubezpieczający** nie ma obowiązku wystąpienia **wniosku windykacyjno-szkodowego**, jeżeli na dzień, w którym upływa termin jego nadestania:
  - a) saldo **należności** przeterminowanych ponad **maksymalny okres ochrony** nie przekracza wysokości **granicy zgłoszenia przeterminowań** lub
  - b) nastąpił już wypadek prawny, który dotyczy danego **klienta**, lub
  - c) **ubezpieczający** przestał **zgłoszenie niezapłaconych należności** (z zastrzeżeniem ograniczeń określonych w części 6 Windykacja i inne działania, które mają zminimalizować szkodę, pkt 1b).
5. Jeżeli **ubezpieczający** przestał **ubezpieczycielowi** **zgłoszenie niezapłaconych należności** najpóźniej w dniu, w którym upływa **maksymalny okres ochrony** – rozszczenie o odszkodowanie przysługuje mu jedynie, gdy nastąpiła prawnie potwierdzona niewypłacalność **klienta**.
6. **Ubezpieczający** może prowadzić windykację sądową ubezpieczonych **należności** tylko w porozumieniu i po wcześniejszym uzgodnieniu jej **kosztów** z **ubezpieczycielem**. **Ubezpieczyciel** partycypuje w **kosztach windykacji sądowej**, pod warunkiem że windykacja sądowa dotyczy **należności** objętych ochroną ubezpieczeniową. Do kosztów, w których partycypuje **ubezpieczyciel**, nie zalicza się kosztów, które powstają w związku ze zwykłą działalnością gospodarczą **ubezpieczającego** (np. koszty osobowe i rzeczowe).
7. To, że **klient** zakwestionował bezsporność zgłoszonych do wypłaty odszkodowania **należności**, nie oznacza, że **ubezpieczyciel** w każdym wypadku odmówi wypłaty za nie odszkodowania. Gdy przy rozliczeniu **szkody** pojawi się przesłanka wskazująca na sporność **należności**, **ubezpieczyciel** może według swojego wyboru:
  - a) wstrzymać rozliczanie **szkody** do czasu wyjaśnienia sporu;
  - b) pomniejszyć ubezpieczaną **należność** o wartość spornej **należności** do czasu prawomocnego lub polubownego rozstrzygnięcia sporu – w takim wypadku **ubezpieczyciel** nie będzie uważał pozostałej części **należności** za sporną oraz przy obliczaniu składki ubezpieczeniowej nie uwzględni wartości **należności** spornej;
  - c) wypłacić odszkodowanie w pełnej wysokości z zastrzeżeniem prawa do zwrotu całości lub części odszkodowania, jeśli:
    - sąd prawomocnie oddali lub odrzuci powództwo, które dotyczy spornych **należności**, przeciwko **klientowi** lub jego następcy prawnemu, lub
    - **ubezpieczający** nie uzyska prawomocnego orzeczenia sądowego, zasądającego **należność** sporną na jego rzecz w terminie, w którym z zachowaniem należytej staranności powinien takie orzeczenie uzyskać.

## 6. Windykacja i działania, które mają zminimalizować szkodę – jak ubezpieczyciel i ubezpieczający odzyskują i rozliczają należności

1. **Ubezpieczający** powinien:
  - a) przestać **wniosek windykacyjno-szkodowy**, co oznacza, że zleca windykację; w tym przypadku **ubezpieczyciel** wypłaci odszkodowanie, gdy wystąpi faktyczna lub prawnie potwierdzona niewypłacalność **klienta**; albo
  - b) przestać **zgłoszenie niezapłaconych należności**, co oznacza, że **EH Collections** nie będzie prowadzić windykacji; w tym przypadku **ubezpieczyciel** wypłaci odszkodowanie jedynie, gdy wystąpi prawnie potwierdzona niewypłacalność.
2. **Wypadek ubezpieczeniowy** faktycznej niewypłacalności **klienta** zachodzi pod warunkiem, że **ubezpieczający** wysłał **wniosek windykacyjno-szkodowy** najpóźniej w dniu, w którym upływa **maksymalny okres ochrony**, liczony od najdawniej wymagalnej niezapłaconej **należności**. We **wniosku windykacyjno-szkodowym** **ubezpieczający** jest zobowiązany zgłosić całe wymagalne na dzień składania wniosku saldo **należności** od **klienta**. **Ubezpieczający** nie ma obowiązku zgłoszenia we **wniosku windykacyjno-szkodowym** **należności** objętej **reklamacją** do czasu zakończenia postępowania reklamacyjnego.
3. To, że **ubezpieczający** przesyła **ubezpieczycielowi** **wniosek windykacyjno-szkodowy**, oznacza, że zleca **EH Collections** działania windykacyjne i udziela jej pełnomocnictwa do ich wykonywania.
8. Gdy spór w sprawie **należności** ujawni się po wypłacie odszkodowania, **ubezpieczający** ma obowiązek współpracować z **ubezpieczycielem**, aby wyjaśnić spór. Gdy właściwy sąd prawomocnym orzeczeniem uzna rozszczenie **klienta** co do spornych **należności**, **ubezpieczający** ma obowiązek zwrócić **ubezpieczycielowi** odszkodowanie wraz z **kosztami** procesu zasądzonymi na rzecz **klienta**.

## 7. Należności odzyskane i ustalanie wysokości szkody – jak ubezpieczyciel ustala wysokość odszkodowania

1. Na potrzeby **umowy ubezpieczenia** - bez względu na odmienne ustalenia **ubezpieczającego** i **klienta** – każdą płatność zalicza się na poczet **należności** najdawniej wymagalnej w danej chwili, o ile uregulowano ją, zanim ustatą ochrona ubezpieczeniowa (zob. część 4 Ochrona ubezpieczeniowa, pkt 2).
2. **Ubezpieczyciel** ustala całkowite saldo **należności** na dzień, w którym ustaje ochrona ubezpieczeniowa i określa **należności** w nim ubezpieczone.
3. Wszelkie **należności odzyskane**, które **ubezpieczający** otrzyma po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej do dnia wypłaty odszkodowania, zalicza w pierwszej kolejności na nieubezpieczone **należności**. Tę zasadę stosuje się bez względu na odmienne ustalenia pomiędzy **ubezpieczającym** a **klientem**.
4. **Ubezpieczyciel** ustala wysokość **szkody** po odliczeniu od salda **należności** ubezpieczonych:
  - a) **należności odzyskanych** na zasadach opisanych w punkcie 3 powyżej, a następnie
  - b) innych potrąceń, o ile są przewidziane w **polisie**.

Odszkodowanie jest równe tak wyliczonej **szkodzie** po odjęciu udziału własnego **ubezpieczającego**.

**Ubezpieczyciel** odlicza udział własny według postanowień **umowy ubezpieczenia**, która obowiązuje w momencie powstania ubezpieczonych **należności**.

Gdy **ubezpieczyciel** rozlicza szkodę w innym okresie ubezpieczeniowym niż ten, w którym powstały ubezpieczone **należności**, odlicza **franszyzę** według **umowy ubezpieczenia**, która obowiązuje na dzień zajścia **wypadku ubezpieczeniowego**.

5. Gdy **ubezpieczyciel** wypłaci odszkodowanie i wspólnie z **ubezpieczającym** nadal dochodzi **należności**, **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** wszystkie **należności odzyskane** rozliczają w proporcji: wierzytelności **ubezpieczyciela** do wierzytelności **ubezpieczającego**. Jeżeli **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** prowadzą windykację **należności** oddzielnie, każda strona pokrywa w pierwszej kolejności własne wierzytelności, a pozostałą część przekazuje drugiej stronie.
6. **Ubezpieczający** ma obowiązek niezwłocznie zgłosić **ubezpieczycielowi** rozliczenia z **klientem**
  - a) których **ubezpieczyciel** nie uwzględnił przy ustalaniu wysokości **szkody**, lub
  - b) wptywające po wypłacie odszkodowania, o ile dotyczą one **należności** powstałych do dnia wystąpienia **wypadku ubezpieczeniowego**.

W każdym przypadku to **ubezpieczyciel** ponownie ustala wysokość **szkody**. **Ubezpieczający** jest zobowiązany przekazać należną **ubezpieczycielowi**, zgodnie z ponownym wyliczeniem **szkody**, część **należności odzyskanych** w terminie do 14 dni od otrzymania ponownej **decyzji odszkodowawczej**.

## 8. Wypłata odszkodowania – kiedy i na jakich warunkach ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie

1. Gdy zajdzie **wypadek ubezpieczeniowy**, **ubezpieczyciel** wypłaci odszkodowanie na podstawie **decyzji odszkodowawczej**. Zrobi to w ciągu 30 dni od daty:
  - a) faktycznej niewypłacalności, albo
  - b) przestania przez **ubezpieczającego** w **systemie Syntesis** zgłoszenia wypadku prawnego
 oraz
  - c) dostarczenia **ubezpieczycielowi** kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia wysokości **szkody**.

Gdyby **ubezpieczyciel** nie był w stanie wyjaśnić w tym czasie okoliczności koniecznych do ustalenia swojej odpowiedzialności albo wysokości odszkodowania, wypłaci odszkodowanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności będzie mógł wyjaśnić te okoliczności. Jednak bezsporną część odszkodowania wypłaci w ciągu 30 dni.

2. Aby ustalić **szkodę**, **ubezpieczyciel** uwzględnia ten **wypadek ubezpieczeniowy**, który zaszedł jako pierwszy. Odszkodowanie przypisuje do okresu ubezpieczeniowego, w którym zaszedł **wypadek ubezpieczeniowy**. Jeżeli **wypadek ubezpieczeniowy** zaszedł po zakończeniu obowiązywania **umowy ubezpieczenia**, **ubezpieczyciel** zalicza odszkodowanie do ostatniego okresu ubezpieczeniowego.
3. **Ubezpieczyciel** wypłaca odszkodowanie w walucie **umowy ubezpieczenia** określonej w **polisie**. Kwoty na **fakturach** w innych walutach będzie przeliczać na walutę **umowy ubezpieczenia** według zasad ustalania kursu wymiany walut określonych w **polisie**.
4. Z chwilą zapłaty odszkodowania na **ubezpieczyciela** przechodzą – do wysokości wypłaconego odszkodowania – roszczenia **ubezpieczającego** wobec **klienta** lub osoby trzeciej, która odpowiada za **szkodę (regres ubezpieczeniowy)**. **Ubezpieczający** ma obowiązek podjąć wszelkie działania faktyczne i prawne, które są niezbędne do potwierdzenia, że te roszczenia przechodzą na **ubezpieczyciela**.

Po wypłacie odszkodowania **ubezpieczający** ma obowiązek, o ile jest to prawnie możliwe, przenieść na **ubezpieczyciela** – do wysokości wypłaconego odszkodowania – zabezpieczenia prawne, które ustanowiono, aby zabezpieczyć **należności** objęte wypłaconym odszkodowaniem.

**Ubezpieczający** ma obowiązek zrekompensować szkodę, którą **ubezpieczyciel** poniósł, ponieważ **ubezpieczający** nie wykonał obowiązków określonych w tym punkcie z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa.

5. **Ubezpieczający** może przenieść prawo do odszkodowania na osobę trzecią (cesja) tylko pod warunkiem, że uzyska na to zgodę **ubezpieczyciela** w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Prawo **ubezpieczyciela** do zgłaszania zastrzeżeń i zarzutów oraz do dokonania potrąceń pozostaje w mocy wobec nabywców roszczeń. **Ubezpieczyciel** wyłącznie z **ubezpieczającym** rozlicza **szkodę** oraz prowadzi wszelką korespondencję, która się z tym wiąże. **Ubezpieczyciel** wypłaca odszkodowanie pod warunkiem, że **ubezpieczający** spełni warunki i wywiąże się z obowiązków, które wynikają z **umowy ubezpieczenia**.



6. Jeżeli w momencie wypłaty odszkodowania **ubezpieczający** prowadzi przeciwko **klientowi** postępowanie sądowe lub egzekucyjne o zapłatę **należności** objętych odszkodowaniem, ma on obowiązek na życzenie **ubezpieczyciela** kontynuować to postępowanie również po wypłacie odszkodowania. **Ubezpieczający** kontynuuje to postępowanie na kwotę **należności**, która obejmuje wypłacone odszkodowanie. Podstawą jego działania jest umowa cesji powierniczej, którą zawarł z **ubezpiezycielem** przed wypłatą odszkodowania. Przedmiotem tej umowy jest przyznane **ubezpieczającemu** odszkodowanie (**regres ubezpieczeniowy**) oraz określenie zasad, na jakich **ubezpieczyciel** partycypuje w kosztach tego postępowania. Jeśli **ubezpieczający** nie dopełni tych obowiązków, **ubezpieczyciel** może nie wypłacić odszkodowania albo zmniejszyć jego wysokość (zob. część 8 Wypłata odszkodowania, pkt 8).
7. **Maksymalna suma ubezpieczenia** jest określona w **polisie**. Jeżeli zapłacona za ten okres składka jest niższa od składki minimalnej i **maksymalna suma ubezpieczenia** nie wystarcza na wypłatę odszkodowania, **ubezpieczający** może wnioskować, aby **ubezpieczyciel** wystawił mu fakturę na jednorazową dopłatę do składki minimalnej określonej w **polisie**.
8. Jeśli **ubezpieczający** umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, a w przypadku ppkt d poniżej – z jakiegokolwiek przyczyny, nie dopełni jakichkolwiek obowiązków, które wynikają z przepisów lub postanowień **umowy ubezpieczenia**, **ubezpieczyciel** jest wolny od odpowiedzialności w takim zakresie, w jakim uchybienie przyczyniło się do zajścia **wypadku ubezpieczeniowego** lub miało wpływ na wysokość **szkody**. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy **ubezpieczający**:
- nie zgłosi **ubezpiezycielowi** wypadku prawnego w ciągu 6 miesięcy od jego wystąpienia lub
  - nie dopełni swoich obowiązków, które mają zmniejszyć ryzyko lub zapobiec jego zwiększeniu (zob. część 5 Zarządzanie ryzykiem i część 6 Windykacja i działania, które mają zminimalizować szkodę), lub
  - nie dopełni obowiązków wymienionych w części 8 punkt 6, lub
  - nie przekaże **ubezpiezycielowi** wszystkich żądanych danych wskazanych na formularzach związanych z realizacją **umowy ubezpieczenia**, zwłaszcza we wniosku o przyznanie **limitu kredytowego**.
- Ta zasada obowiązuje, jeśli w odniesieniu do uchybień obowiązków **ubezpieczającego** inne przestanki lub skutki nie wynikają wprost z przepisów prawa lub postanowień **umowy ubezpieczenia**.
9. **Ubezpieczyciel** ma prawo wstrzymać wypłatę odszkodowania oraz **kosztów windykacji sądowej** lub innych kosztów dochodzenia **należności**, mimo że do tej wypłaty zobowiązuje go **umowa ubezpieczenia**, jeżeli miałyby ona naruszać istniejące zakazy lub sankcje ekonomiczne i handlowe.

## 9. Składka ubezpieczeniowa i inne opłaty – jakie koszty ponosi ubezpieczający

- Polisa** określa:
  - wysokość składki,
  - dane, na podstawie których **ubezpieczyciel** ją wylicza,
  - sposób, w jaki **ubezpieczyciel** ją wylicza,

d) zasady, na jakich **ubezpieczający** opłaca raty składki.

**Ubezpieczający** ma obowiązek zaptacić faktury, które wystawił **ubezpieczyciel**, oraz ustawowe podatki z tytułu ubezpieczenia, jeśli przepisy prawa ich wymagają. Ma obowiązek to zrobić w terminie wskazanym na fakturze.

- Ubezpieczający** ma obowiązek dostarczyć **ubezpiezycielowi**:

- przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczeniowego – dane niezbędne do wyliczenia składki na kolejny okres ubezpieczeniowy;
- po zakończeniu danego okresu ubezpieczeniowego – dane o całym obrocie zrealizowanym z ubezpieczonymi **klientami**.

Terminy na przekazanie powyższych danych są określone w **polisie**.

Jeśli **ubezpieczający** nie przekaże terminowo danych o obrocie w zakończonym okresie ubezpieczeniowym, **ubezpieczyciel** wyliczy składkę za ten okres na podstawie obrotu planowanego na ten okres powiększonego o 20%.

- Ubezpieczający** ma obowiązek zaptacić za każdy okres ubezpieczeniowy co najmniej kwotę składki minimalnej określonej w **polisie**. Jeżeli po rozliczeniu danego okresu ubezpieczeniowego zapłacona składka jest mniejsza od składki minimalnej, **ubezpieczający** ma obowiązek zrobić dopłatę do składki minimalnej na podstawie faktury, którą wystawił **ubezpieczyciel**.
- Ubezpieczający** zgadza się, aby **ubezpieczyciel** przesyłał faktury w formie elektronicznej drogą mailową i udostępnił mu je w **systemie Syntesys**, zgodnie z regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną oraz regulaminem określającym zasady wystawiania i przysyłania faktur w formie elektronicznej. **Ubezpieczający** może zrezygnować z tego sposobu odbierania faktur. W tym celu składa **ubezpiezycielowi** pisemne oświadczenie o rezygnacji z faktur elektronicznych.
- Jeżeli **ubezpieczający** nie zaptaci pierwszej raty składki we właściwym terminie, **ubezpieczyciel** ma prawo wypowiedzieć **umowę** ze skutkiem natychmiastowym, z zachowaniem formy dokumentowej, i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. Gdyby składka za ten okres była niższa niż 25% składki minimalnej, **ubezpieczający** ma obowiązek zaptacić dodatkowo opłatę manipulacyjną. Jest to różnica pomiędzy kwotą 25% składki minimalnej a kwotą składki za okres, przez który **ubezpieczyciel** ponosił odpowiedzialność. Opłata manipulacyjna pokrywa koszty administracyjne i akwizycyjne **ubezpieczyciela** związane z zawarciem **umowy ubezpieczenia**.
- Jeżeli **ubezpieczający** nie zaptaci terminowo którejkolwiek kolejnej raty składki, **ubezpieczyciel** może wyznaczyć mu, z zachowaniem formy dokumentowej, dodatkowy 7-dniowy termin do jej zapłacenia, zastrzegając jednocześnie, iż brak zapłaty spowoduje ustanie odpowiedzialności **ubezpieczyciela** i wygaśnięcie **umowy ubezpieczenia**. Jeżeli **ubezpieczający** nie zaptaci całości zaległych składek w wyznaczonym terminie, z jego upływem ustaje odpowiedzialność **ubezpieczyciela** i wygasa **umowa ubezpieczenia**. W takim wypadku **ubezpieczyciel** jest uprawniony do żądania zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. Niezależnie od tych postanowień, jeśli **ubezpieczający** nie zaptacił którejkolwiek wymagalnej raty składki, **ubezpieczyciel** ma prawo wstrzymać rozliczenie **szkody** do czasu, aż **ubezpieczający** opłaci wszystkie wymagalne raty składki wraz z naliczonymi od-

setkami ustawowymi. **Ubezpieczający** nie może potrącić składki ubezpieczeniowej z odszkodowaniami.

7. **Ubezpieczyciel** nalicza i pobiera opłatę za ocenę ryzyka danego **klienta**. Robi to jednorazowo w danym **okresie ubezpieczeniowym**, niezależnie od liczby wniosków o **limit kredytowy**, które **ubezpieczający** złożył dla danego **klienta**, sposobu ich rozpatrzenia oraz czasu obowiązywania **limitu kredytowego**, jeśli **ubezpieczyciel** ten czas ustalił. Opłatę za oceny ryzyka wykonane w danym miesiącu **ubezpieczyciel** pobiera w kolejnym miesiącu. Opłatę za oceny ryzyka w pierwszym miesiącu obowiązywania przedłużonej **umowy ubezpieczenia** nalicza na podstawie listy **limitów**, których **ubezpieczający** nie anulował na koniec poprzedniego okresu ubezpieczeniowego. W przypadku złożenia wniosku o ustalenie **limitu kredytowego** w ostatnim miesiącu danego okresu ubezpieczeniowego, opłata za ocenę ryzyka danego **klienta** w okresie kolejnym nie zostanie naliczona.
8. **Ubezpieczyciel** nalicza opłatę za wydanie **opinii ubezpieczyciela** za każdą opinię. Robi to na zasadach określonych w **polisie**. Za opinie wydane w danym miesiącu pobiera opłatę w kolejnym miesiącu.

## 10. Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne

1. **Ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawierają **umowę ubezpieczenia** na podstawie **wniosku ubezpieczeniowego** podpisanego przez **ubezpieczającego**. Zanim **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawierają **umowę ubezpieczenia**, **ubezpieczający** otrzymuje **OWU** i się z nimi zapoznaje. Do zawarcia **umowy ubezpieczenia** dochodzi z chwilą doręczenia **ubezpieczającemu** polisy podpisanej przez **ubezpieczyciela**.
2. **Ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawierają **umowę ubezpieczenia** na jeden okres ubezpieczeniowy. **Umowa ubezpieczenia** automatycznie się przedłuża na kolejne okresy, o ile żadna ze stron w ustalonym we **wniosku ubezpieczeniowym** terminie nie prześle oświadczenia o braku woli przedłużenia umowy. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, musi być pod rygorem nieważności złożone przez osoby upoważnione do reprezentacji i mieć formę pisemną lub skanu podpisanego oświadczenia przestanego na adres mailowy wskazany w **polisie**. O dacie złożenia oświadczenia decyduje data jego wpływu do adresata.
3. Gdy **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawierają **umowę ubezpieczenia** na okres dłuższy niż jeden okres ubezpieczeniowy, wszelkie postanowienia odnoszące się do pierwszego okresu ubezpieczeniowego będą stosowane odpowiednio do kolejnego okresu ubezpieczeniowego. Okres obowiązywania **umowy ubezpieczenia** jest każdorazowo określony w **polisie**.
4. Jeżeli **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawarli **umowę ubezpieczenia** na okres dłuższy niż 6 miesięcy, **ubezpieczający** ma prawo odstąpić od **umowy ubezpieczenia** w ciągu 7 dni od dnia jej zawarcia. Oświadczenie o odstąpieniu musi być złożone przez osoby upoważnione do reprezentacji i mieć formę pisemną lub dokumentową pod rygorem nieważności. Odstąpienie staje się skuteczne w dniu, w którym **ubezpieczający** poinformuje o nim **ubezpieczyciela**, najpóźniej w ostatnim dniu ustalonego terminu.
5. Na jakiegokolwiek uzupełnienia i zmiany warunków **umowy ubezpieczenia** muszą się zgodzić **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający**. Aby zmiany w **umowie ubezpieczenia** były skuteczne, **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** muszą zachować formę pisemną pod rygorem nieważności.
6. Wszystkie oświadczenia i powiadomienia związane z realizacją **umowy ubezpieczenia**, które nie stanowią jej zmiany lub uzupełnienia, mogą zostać przestane drugiej stronie w formie pisemnej, elektronicznej, dokumentowej lub w **systemie Syntesys**, o ile **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** nie ustalili inaczej w **polisie** lub w **OWU**.
7. Jeśli **ubezpieczający** nie poinformował **ubezpieczyciela** o zmianie adresu, wszelkie oświadczenia lub zawiadomienia, które **ubezpieczyciel** wysyłał na adres ostatniej znanej siedziby **ubezpieczającego**, wywierają skutki prawne doręczenia od dnia, który przypada 14 dni po dniu pierwszego awizo pod adresem ostatniej znanej **ubezpieczycielowi** siedziby **ubezpieczającego**.
8. **Ubezpieczający** zobowiązuje się traktować jako ściśle poufne wszelkie informacje, które uzyskał od **ubezpieczyciela** na temat wyłacalności któregośkolwiek ze swoich **klientów** lub osób trzecich. **Ubezpieczający** zrzeka się w stosunku do **ubezpieczyciela** prawa do roszczeń, które mogą powstać, gdy **ubezpieczający** przekaze poufne informacje osobom trzecim, o ile prawo dopuszcza wyłączenie odpowiedzialności **ubezpieczyciela**. **Ubezpieczający** zobowiązuje się zrekompensować **ubezpieczycielowi** ewentualne roszczenia osób trzecich, jeżeli powodem roszczeń jest to, że **ubezpieczający** przekazywał poufne informacje.
9. **Umowa ubezpieczenia** z wszelkimi zmianami, dokumenty powstałe w ramach realizacji **umowy ubezpieczenia**, a także korespondencja pomiędzy stronami tej umowy są ściśle poufne.
10. Wszelkie reklamacje związane z **umową ubezpieczenia** powinny być składane na zasadach określonych w Procedurze reklamacyjnej, która stanowi Załącznik nr 1 do **OWU**.
11. W sprawach nieuregulowanych w **umowie ubezpieczenia** mają zastosowanie odpowiednio przepisy prawa polskiego, przede wszystkim te, które dotyczą działalności ubezpieczeniowej w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz przepisy Kodeksu cywilnego.
12. Miejszem wykonania **umowy ubezpieczenia** jest Warszawa. Powództwo o roszczenia wynikające z **umowy ubezpieczenia ubezpieczający** może wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej lub przed sądem właściwym dla swojej siedziby.
13. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia należności handlowych Business Cover Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń Euler Hermes S.A. przyjął uchwałą nr O/01/07/2020 z dnia 2 lipca 2020 r. Mają one zastosowanie do **umów ubezpieczenia** zawartych od daty powyższej uchwały.

## Słownik

Poniżej znajdują się objaśnienia pojęć stosowanych w **umowie ubezpieczenia**. W tekście wyróżnia je pogrubienie. Te pojęcia to:

<b>decyzja kredytowa</b>	decyzja <b>ubezpieczyciela</b> , w formie pisemnej lub dokumentowej, w której ustalił on, podwyższył, obniżył, zniósł <b>limit kredytowy</b> lub go odmówił wobec danego <b>klienta</b> . W <b>decyzji kredytowej ubezpieczyciel</b> może określić również zakres i inne warunki ubezpieczenia <b>należności</b> od danego <b>klienta</b>
<b>decyzja odszkodowawcza</b>	decyzja <b>ubezpieczyciela</b> , w formie pisemnej lub dokumentowej, w której ustala on zasadność, zakres i wysokość odszkodowania
<b>EH Collections</b>	Euler Hermes Collections sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie
<b>faktura</b>	dokument potwierdzający sprzedaż lub dostawę towarów lub usług, który <b>ubezpieczający</b> wystawił zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
<b>franszyza</b>	ustalana w <b>polisie</b> część <b>należności</b> ubezpieczonych lub sposób wyliczenia takiej części, pomniejszająca zakres odpowiedzialności <b>ubezpieczyciela</b> przy rozliczeniu <b>szkody</b> . Franszyza ma zastosowanie dla tych <b>należności</b> , dla których <b>wypadek ubezpieczeniowy</b> zaszedł po jej wprowadzeniu. Zależnie od postanowień <b>polisy</b> w danej <b>umowie ubezpieczenia</b> zastosowanie może znaleźć jedna lub więcej z następujących rodzajów <b>franszyzy</b> : <b>franszyza redukcyjna</b> , <b>franszyza integralna</b> , <b>franszyza AFL</b>
<b>franszyza AFL</b>	określona w <b>polisie</b> kwota zmieniająca zakres odpowiedzialności <b>ubezpieczyciela</b> . <b>Ubezpieczyciel</b> nie wypłaca odszkodowania dopóki suma <b>szkód</b> przypisanych do danego okresu ubezpieczeniowego nie przekroczy wysokości <b>franszyzy AFL</b> . Po przekroczeniu tej kwoty, <b>ubezpieczyciel</b> będzie wypłacał odszkodowania od części przekraczającej kwotę <b>franszyzy AFL</b> , z potrąceniem udziału własnego <b>ubezpieczającego</b> określonego w <b>polisie</b> . <b>Szkody</b> są zaliczane do <b>franszyzy AFL</b> w kolejności chronologicznej, według daty <b>decyzji odszkodowawczej</b>
<b>franszyza integralna</b>	ustalona w <b>polisie</b> granica wysokości <b>szkody</b> , poniżej której <b>ubezpieczyciel</b> nie wypłaca odszkodowania
<b>franszyza redukcyjna</b>	ustalona w <b>polisie</b> kwota potrącenia, którą <b>ubezpieczyciel</b> odlicza od ubezpieczonych <b>należności</b> , w przypadku każdego <b>wypadku ubezpieczeniowego</b>
<b>granica zgłoszenia przeterminowań</b>	określona w <b>polisie</b> maksymalna, dopuszczalna kwota niezapłaconych <b>należności</b> , wobec których minął <b>maksymalny okres ochrony</b> , a która nie powoduje skutku, że ustaje ochrona ubezpieczeniowa i powstaje obowiązek zgłoszenia <b>wniosku windykacyjno-szkodowego</b> lub <b>zgłoszenia niezapłaconych należności</b>
<b>Grupa Euler Hermes</b>	podmioty prawne, które bezpośrednio lub pośrednio kontroluje spółka Euler Hermes Group SAS z siedzibą pod adresem 1 place des Saisons, 92048 Paris La Défense, Francja, wpisana do Rejestru Handlowego i Spółek Nanterre pod numerem 552 040 594
<b>klient</b>	przedsiębiorca, który kupuje towary lub usługi od <b>ubezpieczającego</b> , zobowiązany umownie zapłacić za nie
<b>koszty windykacji sądowej</b>	koszty sądowe w rozumieniu ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz koszty zastępstwa procesowego w wysokości stawki minimalnej, która wynika z rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych lub Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie lub z aktów prawnych, które w przyszłości zastąpią te akty prawne
<b>limit automatyczny</b>	określona w <b>polisie</b> maksymalna kwota ubezpieczenia dla <b>należności</b> od danego <b>klienta</b> , do wysokości której <b>ubezpieczyciel</b> udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem wydania pozytywnej indywidualnej <b>opinii ubezpieczyciela</b>
<b>limit kredytowy</b>	maksymalna kwota ubezpieczenia dla <b>należności</b> od danego <b>klienta</b> , którą <b>ubezpieczyciel</b> ustalił w indywidualnej <b>decyzji kredytowej</b>
<b>maksymalna ekspozycja limitowa</b>	maksymalna wysokość sumy wszystkich obowiązujących <b>limitów kredytowych</b> , określona w <b>polisie</b>
<b>maksymalna suma ubezpieczenia</b>	górną granicę sumy wysokości odszkodowań, do której odpowiada <b>ubezpieczyciel</b> w danym okresie ubezpieczeniowym z tytułu wszystkich <b>wypadków ubezpieczeniowych</b> , które zaszły w tym okresie ubezpieczeniowym
<b>maksymalny okres ochrony</b>	maksymalny czas na zapłatę <b>należności</b> , liczony od upływu pierwotnego lub przedłużonego <b>terminu płatności</b> , po upływie którego automatycznie ustaje ochrona ubezpieczeniowa dla przyszłych <b>należności</b>

<b>maksymalny termin płatności</b>	maksymalny termin, jaki <b>ubezpieczający</b> może uzgodnić z <b>klientem</b> lub do którego <b>ubezpieczający</b> może przedłużyć <b>termin płatności</b> ubezpieczonych <b>należności</b> , określony w <b>polisie</b>
<b>należność</b>	kwota pieniędzy, którą <b>klient</b> ma obowiązek zapłacić <b>ubezpieczającemu</b> na podstawie <b> faktur</b> . Jako <b>należność</b> rozumiane są także: podatek od towarów i usług oraz koszty transportu, który bezpośrednio wiąże się ze sprzedażą lub dostawą towarów
<b>należności bezsporne</b>	<b>należności:</b> – których <b>klient</b> nie neguje w żaden sposób – zwłaszcza nie kwestionuje ich salda, nie zgłasza roszczeń z tytułu rękojmi, gwarancji lub potrącenia, lub – które <b>klient</b> pisemnie uzna, lub – które są zasądził prawomocnym orzeczeniem
<b>należności odzyskane</b>	wszelkie płatności, które zostały dokonane na rzecz <b>ubezpieczającego</b> przez <b>klienta</b> lub osoby trzecie na poczet <b>należności</b> od danego <b>klienta</b> , gdy ochrona ubezpieczeniowa ustała. Są to także: korekty, potrącone <b>należności</b> , kompensaty, płatności za realizację zabezpieczeń lub gwarancji oraz płatności z tytułu odsprzedaży odzyskanych towarów
<b>niekorzystne informacje</b>	wszystkie negatywne informacje o <b>kliencie:</b> a) które <b>ubezpieczający</b> mógł łatwo uzyskać z powszechnie dostępnych źródeł, zwłaszcza informacje z Krajowego Rejestru Sądowego, lub b) które dotyczą: — działań <b>klienta</b> , mających na celu ogłoszenie prawnie potwierdzonej niewypłacalności, — pozasądowego postępowania ugodowego, — prowadzonego postępowania sądowego lub administracyjnego, — postępowania karno-skarbowego lub karnego, — sprzedaży istotnych składników majątku
<b>odbiorca publiczno-prawny</b>	<b>klient</b> , który należy do jednej z następujących kategorii: — instytucja administracji rządowej, ministerstwo lub jakikolwiek organ lub jednostka administracji rządowej, — jednostka samorządu terytorialnego lub jego organ, — podmiot prawa publicznego, zwłaszcza przedsiębiorstwo państwowe, fundacja, stowarzyszenie i inne podmioty sektora finansów publicznych
<b>okres windykacji</b>	okres wymagany do tego, aby stwierdzić <b>wypadek ubezpieczeniowy</b> z powodu faktycznej niewypłacalności danego <b>klienta</b> , określony w <b>polisie</b> . Rozpoczyna się on w dniu, w którym <b>ubezpieczający</b> przestał <b>wniosek windykacyjno-szkodowy</b>
<b>opinia ubezpieczyciela</b>	opinia o danym <b>kliencie</b> , którą <b>ubezpieczyciel</b> przesyła <b>ubezpieczającemu</b> w systemie <b>Syntesys</b> . Na jej podstawie <b>ubezpieczyciel</b> udziela ochrony ubezpieczeniowej do wysokości <b>limitu automatycznego</b> na zasadach określonych w <b>umowie ubezpieczenia</b>
<b>rating</b>	ocena danego kraju, którą <b>Grupa Euler Hermes</b> wydaje na podstawie szczegółowych analiz rynku. Rating ma wpływ na określone parametry wskazane w <b>polisie</b> . Lista ratingów krajów jest załącznikiem do <b>polisy</b>
<b>regres ubezpieczeniowy</b>	roszczenia <b>ubezpieczającego</b> wobec <b>klienta</b> lub osoby trzeciej, która odpowiada za <b>szkodę</b> , które z mocy prawa przechodzą na <b>ubezpieczyciela</b> z dniem wypłaty odszkodowania do wysokości wypłaconego odszkodowania
<b>reklamacja</b>	przypadek, gdy <b>klient</b> zgłosił <b>ubezpieczającemu</b> zastrzeżenia co do wykonania, ilości, jakości, terminowości lub ceny zakupionego towaru lub wykonanej usługi, a <b>ubezpieczający</b> zgodził się na przeprowadzenie postępowania reklamacyjnego, mającego ustalić czy <b>reklamacja</b> jest zasadna. Po zakończeniu postępowania reklamacyjnego, <b>ubezpieczający</b> i <b>klient</b> mogą ustalić nową wartość <b>należności</b> lub nowy <b>termin płatności</b> tych <b>należności</b> . Skutki określone w <b>umowie ubezpieczenia</b> wywołuje tylko <b>reklamacja</b> złożona przez <b>klienta</b> z zachowaniem formy dokumentowej przed upływem terminu wskazanego w części 4 Ochrona ubezpieczeniowa w punkcie 2a) lub przed złożeniem przez <b>ubezpieczającego wniosku windykacyjno-szkodowego</b> , zależnie od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej. <b>Ubezpieczający</b> jest zobowiązany przedstawić <b>ubezpieczycielowi</b> do rozliczenia <b>szkody</b> kopie pisma reklamacyjnego <b>klienta</b> oraz decyzje <b>ubezpieczającego</b> o rozstrzygnięciu <b>reklamacji</b>
<b>RODO</b>	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

<b>system Syntesys</b>	<p><b>system Syntesys</b> – system informatyczny do komunikacji między <b>ubezpieczycielem</b> a <b>ubezpieczającym</b>, który pozwala zarządzać <b>należnościami</b> w ramach <b>umowy ubezpieczenia</b>. Za pośrednictwem tego systemu <b>ubezpieczający</b> może m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— wnioskować o ustalenie <b>limitów kredytowych</b>, zmianę ich wysokości oraz anulowanie,</li> <li>— wnioskować o <b>opinie ubezpieczyciela</b>,</li> <li>— złożyć <b>wniosek windykacyjno-szkodowy</b>,</li> <li>— zgłosić niezapłacone <b>należności</b>,</li> <li>— zgłosić wypadek prawny</li> </ul>
<b>szkoda</b>	<b>szkoda</b> – saldo ubezpieczonych niezapłaconych <b>należności</b> po odjęciu – na zasadach określonych w <b>umowie ubezpieczenia</b> – <b>należności odzyskanych</b> lub innych potrąceń, na podstawie którego <b>ubezpieczyciel</b> wylicza odszkodowanie
<b>termin płatności</b>	określona na <b>fakturze</b> data, do której <b>klient</b> powinien zapłacić <b>należność</b>
<b>ubezpieczający</b>	przedsiębiorca, który zawarł z <b>ubezpieczycielem</b> <b>umowę ubezpieczenia</b>
<b>ubezpieczyciel</b>	Towarzystwo Ubezpieczeń Euler Hermes S.A. z siedzibą w Warszawie
<b>ubezpieczony</b>	podmiot, na rzecz którego <b>ubezpieczający</b> zawarł <b>umowę ubezpieczenia</b>
<b>umowa ubezpieczenia</b>	umowa pomiędzy <b>ubezpieczycielem</b> a <b>ubezpieczającym</b> , na którą składają się: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (<b>wniosek ubezpieczeniowy</b>),</li> <li>— Ogólne warunki ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (<b>OWU</b>),</li> <li>— Polisa ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (<b>polisa</b>) wraz z załącznikami</li> </ul> Jest to umowa ubezpieczenia kredytu – dział II, grupa 14 według załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
<b>wypadek ubezpieczeniowy</b>	zdarzenie, które polega na tym, że <b>ubezpieczający</b> nie otrzymał zapłaty z powodu prawnie potwierdzonej lub faktycznej niewypłacalności danego <b>klienta</b>
<b>wniosek windykacyjno-szkodowy</b>	zgłoszenie, które <b>ubezpieczający</b> przesyła <b>ubezpieczycielowi</b> w <b>systemie Syntesys</b> najpóźniej w dniu, w którym upływa <b>maksymalny okres ochrony</b> . Zgłoszenie powinno dotyczyć wszystkich wymagalnych – zgodnie z Kodeksem cywilnym – <b>należności</b> od danego <b>klienta</b> . Dodatkowo <b>ubezpieczający</b> informuje w nim o całym saldzie <b>należności</b> od danego <b>klienta</b> . Przesłanie tego wniosku pozwala na rozpoczęcie działań windykacyjnych wobec zgłaszanego <b>klienta</b> i jest równoznaczne ze zgłoszeniem <b>ubezpieczycielowi</b> <b>wypadku ubezpieczeniowego</b> faktycznej niewypłacalności <b>klienta</b> , który nastąpi po upływie <b>okresu windykacji</b>
<b>zgłoszenie niezapłaconych należności</b>	zgłoszenie <b>ubezpieczycielowi</b> przez <b>ubezpieczającego</b> w <b>systemie Syntesys</b> wszystkich wymagalnych <b>należnościach</b> najpóźniej w dniu, w którym upływa <b>maksymalny okres ochrony</b>



## Załącznik nr I Procedura reklamacyjna

**Ubezpieczający** i **ubezpieczony** mogą zgłosić zastrzeżenia do usług świadczonych przez **ubezpieczyciela**. Aby to zrobić, powinni postępować zgodnie z poniższą procedurą reklamacyjną.

1. Reklamację do Zarządu **ubezpieczyciela** może złożyć:
  - a) **ubezpieczający** lub **ubezpieczony** osobiście lub zgodnie ze sposobem reprezentacji określonym w Rejestrze przedsiębiorców;
  - b) osoba wskazana w **umowie ubezpieczenia** jako upoważniona do kontaktów z **ubezpieczycielem**;
  - c) odpowiednio umocowany pełnomocnik **ubezpieczającego** lub **ubezpieczonego**.
2. Reklamację można wnieść:
  - a) pisemnie – osobiście w siedzibie lub oddziale **ubezpieczyciela** lub listownie lub
  - b) e-mailem na adres: reklamacja@eulerhermes.com, lub
  - c) ustnie – za pośrednictwem infolinii Serwisu Obsługi Klienta pod nr. tel.: +48 22 363 63 13 lub osobiście do protokołu w siedzibie lub oddziale **ubezpieczyciela**.
3. Osoba, która składa reklamację, powinna:
  - a) podać numer **polisy** oraz swoje imię i nazwisko oraz
  - b) szczegółowo opisać, czego dotyczy reklamacja oraz
  - c) określić swoje żądania.

Jeśli reklamację składa pełnomocnik **ubezpieczającego** lub **ubezpieczonego**, powinien on dołączyć odpis pełnomocnictwa.

4. **Ubezpieczyciel** na żądanie **ubezpieczającego** potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z **ubezpieczającym**, że otrzymał reklamację.
5. **Ubezpieczyciel** rozpatrzy złożoną reklamację w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzyma.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi na nią może się wydłużyć do 60 dni.
7. Po rozpatrzeniu reklamacji **ubezpieczyciel** prześle odpowiedź na nią w formie pisemnej lub e-mailem, jeśli osoba składająca reklamację o to wnioskowała.
8. Odpowiedź **ubezpieczyciela** na reklamację jest ostateczną decyzją **ubezpieczyciela** w ramach postępowania reklamacyjnego.



Towarzystwo Ubezpieczeń Euler Hermes S.A.

Al. Jerozolimskie 98

00-807 Warszawa

tel. +48 22 233 44 44

[info.pl@eulerhermes.com](mailto:info.pl@eulerhermes.com)

**[eulerhermes.pl](http://eulerhermes.pl)**