

Ubezpieczenie należności handlowych Business Cover Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Allianz Trade jest znakiem towarowym używanym do oznaczania usług świadczonych przez Euler Hermes.

Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce

Aleje Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa, Infolinia: +48 22 233 4444, allianz-trade.pl

Euler Hermes SA z siedzibą w Brukseli, Avenue des Arts 56, 1000 Bruksela, Belgia, zarejestrowana w Banque-Carrefour des Entreprises (RPM Bruxelles) pod nr 0403.248.596, będąca zakładem ubezpieczeń wpisanym na listę Banque Nationale de Belgique pod numerem 418, NIP: 7011288505, działająca w Polsce poprzez Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 98, 00-807 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy pod nr KRS: 0001200767.

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	6
7. Należności odzyskane i ustalanie wysokości szkody – jak ubezpieczyciel ustala wysokość odszkodowania	7
8. Wypłata odszkodowania – kiedy i na jakich warunkach ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie	7
9. Składka ubezpieczeniowa i inne opłaty – jakie koszty ponosi ubezpieczający	8
10. Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne	8
Słownik	10
Załącznik nr I Procedura reklamacyjna	13

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

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

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

2. Wypadek ubezpieczeniowy – kiedy występuje

1. **Wypadek ubezpieczeniowy** to zdarzenie, które polega na tym, że **ubezpieczający** nie otrzymał od **klienta** zapłaty ubezpieczonych **nałeźności** z powodu:
 - a) faktycznej niewypłacalności **klienta** lub
 - b) prawnie potwierdzonej niewypłacalności **klienta** (wypadku prawnego).
 Na potrzeby rozliczenia jako **wypadek ubezpieczeniowy** przyjmuje się to zdarzenie, które zaszło jako pierwsze.
2. Faktyczna niewypłacalność **klienta** występuje, gdy nie zapłacił on **nałeźności** w całości lub części, zanim upłynął **okres windykacji**.
3. Prawn timerdowana niewypłacalność występuje:
 - a) w dniu, w którym właściwy sąd wydał postanowienie o ogłoszeniu upadłości **klienta**, pod warunkiem że się ono uprawomocniło, albo
 - b) w dniu, w którym wydano postanowienie o otwarciu:
 - i. przyspieszonego postępowania układowego **klienta** albo
 - ii. postępowania układowego **klienta** – dla układu częściowego **wypadek ubezpieczeniowy** zachodzi jedynie wtedy, gdy **ubezpieczający** jest objęty tym układem, albo
 - iii. postępowania sanacyjnego **klienta**,
 pod warunkiem że się ono uprawomocniło, albo
 - c) w dniu, w którym wydano postanowienie o zatwierdzeniu układu obejmującego nałeźności od **klienta**, przyjętego w toku postępowania o zatwierdzenie układu, pod warunkiem że się ono uprawomocniło, albo
 - d) w dniu, w którym właściwy organ egzekucyjny wydał postanowienie o umorzeniu postępowania prowadzonego wobec **klienta** 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 **klienta**, ponieważ:
 - i. majątek niewypłacalnego **klienta** nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania lub wystarcza jedynie na zaspokojenie tych kosztów, lub
 - ii. majątek **klienta** 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 **nałeźności** powstały w obrocie zagranicznym – w dniu, w którym zaistniały okoliczności, które w kraju **klienta** odpowiadają wymienionym w tym punkcie **wypadkom ubezpieczeniowym** przewidzianym w prawie polskim, albo
 - g) w dniu śmierci **klienta**, gdy jest on osobą fizyczną, która prowadzi na własny rachunek jednoosobową działalność gospodarczą (nie dotyczy to śmierci współnika spółki cywilnej).

3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej – jakie nałeźności chroni ubezpieczyciel

1. **Ubezpieczyciel** obejmuje ochroną ubezpieczeniową **nałeźności**, 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 **klienta**, oraz
 - e) przysługują **ubezpieczającemu** od **klienta**, 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 **klienta**.
2. **Ubezpieczyciel** nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową **nałeźności**:
 - a) od **odbiorców publiczno-prawnych**;
 - b) od osób fizycznych, jeżeli **nałeźności**:
 - nie powstały w związku z prowadzeniem przez te osoby działalności gospodarczej lub
 - powstały w czasie, w którym **klient** 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 niezapła-**

conych 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 wyliczenia składki ubezpieczeniowej;
 - l) z tytułu sprzedaży lub dostawy towarów lub usług zamówionych lub odebranych przez osobę trzecią podszywającą 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 wygasa **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 przedłużyć **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 ugodę 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.

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** wyśle **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.
4. **Ubezpieczający** nie ma obowiązku wystać **wniosku windykacyjno-szkodowego**, jeżeli na dzień, w którym upływa termin jego nadeśnięcia:
 - 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** – roszczenie 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 pozostającej 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 oddalił lub odrzucił powództwo, które dotyczy spornych **należności**, przeciwko **klientowi** lub jego następcy prawnemu, lub
 - **ubezpieczający** nie uzyskał prawomocnego orzeczenia sądowego, zasądzającego **należność** sporną na jego rzecz w terminie, w którym z zachowaniem należytej staranności powinien takie orzeczenie uzyskać.

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 roszczenia **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 ustała 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) wpływające 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) przesłania przez **ubezpieczającego** w systemie Syntesys 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** uwzględni 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 **szkody**. **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 żądanie **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 **ubezpieczycielem** przed wypłatą odszkodowania. Przedmiotem tej umowy jest przyznanie **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 **mak-**

symalna 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**:
 - a) nie zgłosi **ubezpieczycielowi** wypadku prawnego w ciągu 6 miesięcy od jego wystąpienia lub
 - b) 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
 - c) nie dopełni obowiązków wymienionych w części 8 punkt 6, lub
 - d) nie przekaze **ubezpieczycielowi** 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 obowiązkowi **ubezpieczającego** inne przesłanki 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

1. **Polisa** określa:
 - a) wysokość składki,
 - b) dane, na podstawie których **ubezpieczyciel** ją wylicza,
 - c) sposób, w jaki **ubezpieczyciel** ją wylicza,
 - d) zasady, na jakich **ubezpieczający** opłaca raty składki.

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

2. **Ubezpieczający** ma obowiązek dostarczyć **ubezpieczycielowi**:
 - a) przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczeniowego – dane niezbędne do wyliczenia składki na kolejny okres ubezpieczeniowy;
 - b) 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 przekaze terminowo danych o obrocie w zakończonym okresie ubezpieczeniowym, **ubezpieczyciel** wyliczy składkę za ten okres na podstawie obrotu planowanego na ten okres powiększonego o 20%.

3. **Ubezpieczający** ma obowiązek zapłacić za każdy okres ubezpieczeniowy co najmniej kwotę składki minimalnej określonej w **polisie**. Jeżeli po rozliczeniu danego okresu ubezpieczeniowego zapłaconą składka jest mniejsza od składki minimalnej, **ubezpieczający** ma obowiązek zrobić dopłatę do składki minimalnej na podstawie faktury, którą wystawił **ubezpieczyciel**.
4. **Ubezpieczający** zgadza się, aby **ubezpieczyciel** przysyłał faktury w formie elektronicznej drogą mailową i udostępniał 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 **ubezpieczycielowi**

wi pisemne oświadczenie o rezygnacji z faktur elektronicznych.

5. Jeżeli **ubezpieczający** nie zapłaci 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 zapłacić 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**.
6. Jeżeli **ubezpieczający** nie zapłaci 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 zapłaci 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 zapłacił którejkolwiek wymagalnej raty składki, **ubezpieczyciel** ma prawo wstrzymać rozliczenie **szkody** do czasu, aż **ubezpieczający** opłaci wszystkie wymagalne raty składki wraz z naliczonymi odsetkami 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** zawrą **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 przesłanego na adres mailowy wskazany w **polisie**. O dacie złożenia oświadczenia decyduje data jego wpływu do adresata.
3. Gdy **ubezpieczyciel** i **ubezpieczający** zawrą **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 przesłane 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 wypłacalności któregośkolwiek ze swoich **klentów** 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:

decyzja kredytowa	decyzja ubezpieczyciela , w formie pisemnej lub dokumentowej, w której ustalił on, podwyższył, obniżył, zniósł limit kredytowy lub go odmówił wobec danego klienta . W decyzji kredytowej ubezpieczyciel może określić również zakres i inne warunki ubezpieczenia należności od danego klienta
decyzja odszkodowawcza	decyzja ubezpieczyciela , w formie pisemnej lub dokumentowej, w której ustala on zasadność, zakres i wysokość odszkodowania
EH Collections	Euler Hermes Collections sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie
faktura	dokument potwierdzający sprzedaż lub dostawę towarów lub usług, który ubezpieczający wystawił zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
franszyza	ustalana w polisie część należności ubezpieczonych lub sposób wyliczenia takiej części, pomniejszająca zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela przy rozliczeniu szkody . Franszyza ma zastosowanie dla tych należności , dla których wypadek ubezpieczeniowy zaszedł po jej wprowadzeniu. Zależnie od postanowień polis y w danej umowie ubezpieczenia zastosowanie może znaleźć jedna lub więcej z następujących rodzajów franszyzy : franszyza redukcyjna , franszyza integralna , franszyza AFL
franszyza AFL	określona w polisie kwota zmieniająca zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela . Ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania dopóki suma szkód przypisanych do danego okresu ubezpieczeniowego nie przekroczy wysokości franszyzy AFL . Po przekroczeniu tej kwoty, ubezpieczyciel będzie wypłacał odszkodowania od części przekraczającej kwotę franszyzy AFL , z potrąceniem udziału własnego ubezpieczającego określonego w polisie . Szkody są zaliczane do franszyzy AFL w kolejności chronologicznej, według daty decyzji odszkodowawczej
franszyza integralna	ustalona w polisie granica wysokości szkody , poniżej której ubezpieczyciel nie wypłaca odszkodowania
franszyza redukcyjna	ustalona w polisie kwota potrącenia, którą ubezpieczyciel odlicza od ubezpieczonych należności , w przypadku każdego wypadku ubezpieczeniowego
granica zgłoszenia przeterminowań	określona w polisie maksymalna, dopuszczalna kwota niezapłaconych należności , wobec których minął maksymalny okres ochrony , a która nie powoduje skutku, że ustaje ochrona ubezpieczeniowa i powstaje obowiązek zgłoszenia wniosku windykacyjno-szkodowego lub zgłoszenia niezapłaconych należności
Grupa Euler Hermes	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
klient	przedsiębiorca, który kupuje towary lub usługi od ubezpieczającego , zobowiązany umownie zapłacić za nie
koszty windykacji sądowej	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
limit automatyczny	określona w polisie maksymalna kwota ubezpieczenia dla należności od danego klienta , do wysokości której ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem wydania pozytywnej indywidualnej opinii ubezpieczyciela
limit kredytowy	maksymalna kwota ubezpieczenia dla należności od danego klienta , którą ubezpieczyciel ustalił w indywidualnej decyzji kredytowej
maksymalna ekspozycja limitowa	maksymalna wysokość sumy wszystkich obowiązujących limitów kredytowych , określona w polisie
maksymalna suma ubezpieczenia	górną granicę sumy wysokości odszkodowań, do której odpowiada ubezpieczyciel w danym okresie ubezpieczeniowym z tytułu wszystkich wypadków ubezpieczeniowych , które zaszły w tym okresie ubezpieczeniowym

maksymalny okres ochrony	maksymalny czas na zapłatę należności , liczony od upływu pierwotnego lub przedłużonego terminu płatności , po upływie którego automatycznie ustaje ochrona ubezpieczeniowa dla przyszłych należności
maksymalny termin płatności	maksymalny termin, jaki ubezpieczający może uzgodnić z klientem lub do którego ubezpieczający może przedłużyć termin płatności ubezpieczonych należności , określony w polisie
należność	kwota pieniędzy, którą klient ma obowiązek zapłacić ubezpieczającemu na podstawie faktur . Jako należność rozumiane są także: podatek od towarów i usług oraz koszty transportu, który bezpośrednio wiąże się ze sprzedażą lub dostawą towarów
należności bezsporne	należności: – których klient nie neguje w żaden sposób – zwłaszcza nie kwestionuje ich salda, nie zgłasza roszczeń z tytułu rękojmi, gwarancji lub potrącenia, lub – które klient pisemnie uzna, lub – które sąd zasądził prawomocnym orzeczeniem
należności odzyskane	wszelkie płatności, które zostały dokonane na rzecz ubezpieczającego przez klienta lub osoby trzecie na poczet należności od danego klienta , gdy ochrona ubezpieczeniowa ustała. Są to także: korekty, potrącane należności , kompensaty, płatności za realizację zabezpieczeń lub gwarancji oraz płatności z tytułu odsprzedaży odzyskanych towarów
niekorzystne informacje	wszystkie negatywne informacje o kliencie: - które ubezpieczający mógł łatwo uzyskać z powszechnie dostępnych źródeł, zwłaszcza informacje z Krajowego Rejestru Sądowego, lub - które dotyczą: – działań klienta, mających na celu ogłoszenie prawnie potwierdzonej niewypłacalności, – pozasądowego postępowania ugodowego, – prowadzonego postępowania sądowego lub administracyjnego, – postępowania karno-skarbowego lub karnego, – sprzedaży istotnych składników majątku
odbiorca publiczno-prawny	klient , 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
okres windykacji	okres wymagany do tego, aby stwierdzić wypadek ubezpieczeniowy z powodu faktycznej niewypłacalności danego klienta , określony w polisie . Rozpoczyna się on w dniu, w którym ubezpieczający przestał wniosek windykacyjno-szkodowy
opinia ubezpieczyciela	opinia o danym kliencie , którą ubezpieczyciel przesyła ubezpieczającemu w systemie Syntesys. Na jej podstawie ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej do wysokości limitu automatycznego na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia
rating	ocena danego kraju, którą Grupa Euler Hermes wydaje na podstawie szczegółowych analiz rynku. Rating ma wpływ na określone parametry wskazane w polisie . Lista ratingów krajów jest załącznikiem do polisy
regres ubezpieczeniowy	roszczenia ubezpieczającego wobec klienta lub osoby trzeciej, która odpowiada za szkodę , które z mocy prawa przechodzą na ubezpieczyciela z dniem wypłaty odszkodowania do wysokości wypłaconego odszkodowania
reklamacja	przypadek, gdy klient zgłosił ubezpieczającemu zastrzeżenia co do wykonania, ilości, jakości, terminowości lub ceny zakupionego towaru lub wykonanej usługi, a ubezpieczający zgodził się na przeprowadzenie postępowania reklamacyjnego, mającego ustalić czy reklamacja jest zasadna. Po zakończeniu postępowania reklamacyjnego, ubezpieczający i klient mogą ustalić nową wartość należności lub nowy termin płatności tych należności . Skutki określone w umowie ubezpieczenia wywołuje tylko reklamacja złożona przez klienta z zachowaniem formy dokumentowej przed upływem terminu wskazanego w części 4 Ochrona ubezpieczeniowa w punkcie 2a) lub przed złożeniem przez ubezpieczającego wniosku windykacyjno-szkodowego , zależnie od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej. Ubezpieczający jest zobowiązany przedstawić ubezpieczycielowi do rozliczenia szkody kopie pisma reklamacyjnego klienta oraz decyzje ubezpieczającego o rozstrzygnięciu reklamacji

RODO	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
system Syntesys	system Syntesys – system informatyczny do komunikacji między ubezpieczycielem a ubezpieczającym, który pozwala zarządzać należnościami w ramach umowy ubezpieczenia. Za pośrednictwem tego systemu ubezpieczający może m.in.: – wnioskować o ustalenie limitów kredytowych, zmianę ich wysokości oraz anulowanie, – wnioskować o opinie ubezpieczyciela, – złożyć wniosek windykacyjno-szkodowy, – zgłosić niezapłacone należności, – zgłosić wypadek prawny
szkoda	szkoda – saldo ubezpieczonych niezapłaconych należności po odjęciu – na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia – należności odzyskanych lub innych potrąceń, na podstawie którego ubezpieczyciel wylicza odszkodowanie
termin płatności	określona na fakturze data, do której klient powinien zapłacić należność
ubezpieczający	przedsiębiorca, który zawarł z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia
ubezpieczyciel	Euler Hermes SA z siedzibą w Brukseli, Avenue des Arts 56, 1000 Bruksela, Belgia, zarejestrowana w Banque-Carrefour des Entreprises (RPM Bruxelles) pod nr 0403.248.596, będąca zakładem ubezpieczeń wpisanym na listę Banque Nationale de Belgique pod numerem 418, NIP: 7011288505, działająca w Polsce poprzez Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 98, 00-807 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy pod nr KRS: 0001200767; w umowie ubezpieczenia oznaczony jako Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce
ubezpieczony	podmiot, na rzecz którego ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia
umowa ubezpieczenia	umowa pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, na którą składają się: – Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (wniosek ubezpieczeniowy), – Ogólne warunki ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (OWU), – Polisa ubezpieczenia należności handlowych „Business Cover” (polisa) wraz z załącznikami Jest to umowa ubezpieczenia kredytu – dział II, grupa 14 według załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
wypadek ubezpieczeniowy	zdarzenie, które polega na tym, że ubezpieczający nie otrzymał zapłaty z powodu prawnie potwierdzonej lub faktycznej niewypłacalności danego klienta
wniosek windykacyjno-szkodowy	zgłoszenie, które ubezpieczający przesyła ubezpieczycielowi w systemie Syntesys najpóźniej w dniu, w którym upływa maksymalny okres ochrony . Zgłoszenie powinno dotyczyć wszystkich wymagalnych – zgodnie z Kodeksem cywilnym – należności od danego klienta . Dodatkowo ubezpieczający informuje w nim o całym saldzie należności od danego klienta . Przesłanie tego wniosku pozwala na rozpoczęcie działań windykacyjnych wobec zgłaszanego klienta i jest równoznaczne ze zgłoszeniem ubezpieczycielowi wypadku ubezpieczeniowego faktycznej niewypłacalności klienta , który nastąpi po upływie okresu windykacji
zgłoszenie niezapłaconych należności	zgłoszenie ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego w systemie Syntesys wszystkich wymagalnych należnościach najpóźniej w dniu, w którym upływa maksymalny okres ochrony

Załącznik nr I

Procedura reklamacyjna

Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony z **umowy ubezpieczenia** lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z **umowy ubezpieczenia** mogą zgłosić zastrzeżenia do usług świadczonych przez **ubezpieczyciela**. Aby to zrobić, powinni postępować zgodnie z poniższą procedurą reklamacyjną.

1. Reklamację może złożyć:
 - a) **ubezpieczający, ubezpieczony**, uprawniony z **umowy ubezpieczenia** lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z **umowy ubezpieczenia** - osobiście lub zgodnie ze sposobem reprezentacji określonym w rejestrze przedsiębiorców;
 - b) osoba wskazana w **umowie ubezpieczenia** jako upoważniona do kontaktów z **ubezpieczycielem** lub osoba upoważniona w **systemie Syntesys** do obsługi **umowy ubezpieczenia**;
 - c) odpowiednio umocowany pełnomocnik **ubezpieczającego, ubezpieczonego**, uprawnionego z **umowy ubezpieczenia** lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z **umowy ubezpieczenia**.
2. Reklamację można wnieść:
 - a) na piśmie
 - w postaci papierowej: osobiście w siedzibie oddziału **ubezpieczyciela** w Polsce lub listownie, albo
 - w postaci elektronicznej: na adres: reklamacja@allianz-trade.com, adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-60766-84717-HUIDV-28, lub - w przypadku **ubezpieczającego** lub **ubezpieczonego** – za pośrednictwem systemu Syntesys, albo
 - b) ustnie – za pośrednictwem infolinii Serwisu Klienta pod nr. tel.: +48 22 363 63 13 lub osobiście do protokołu w siedzibie oddziału **ubezpieczyciela** w Polsce.
3. Osoba, która składa reklamację, powinna:
 - a) podać numer polisy, swoje imię i nazwisko oraz firmę, oraz
 - b) szczegółowo opisać, czego dotyczy reklamacja, oraz
 - c) określić swoje żądania.

Jeśli reklamację składa pełnomocnik, powinien on dołączyć odpis pełnomocnictwa.

4. **Ubezpieczyciel** na żądanie osoby, która złożyła reklamację, potwierdzi na piśmie lub w inny uzgodniony sposób, że ją otrzymał.
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:
 - a) w przypadku reklamacji złożonej przez będącego osobą fizyczną: **ubezpieczającego, ubezpieczonego**, uprawnionego z **umowy ubezpieczenia** lub spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z **umowy ubezpieczenia** – na piśmie, w formie, w jakiej została złożona reklamacja, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi w innej formie; w przypadku reklamacji złożonych ustnie, **ubezpieczyciel** udzieli odpowiedzi w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem osoby składającej reklamację,
 - b) w pozostałych przypadkach – na piśmie, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
8. Odpowiedź **ubezpieczyciela** na reklamację jest ostateczną decyzją **ubezpieczyciela** w ramach postępowania reklamacyjnego.

[illegible]

[illegible]

Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce

Al. Jerozolimskie 98
00-807 Warszawa
tel. +48 22 233 44 44
info.pl@allianz-trade.com

allianz-trade.pl

BCOWU/02/01/2026

Allianz Trade jest znakiem towarowym używanym do oznaczania usług świadczonych przez Euler Hermes.

Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce

Al. Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa, Infolinia: +48 22 233 4444, allianz-trade.pl

Euler Hermes SA z siedzibą w Brukseli, Avenue des Arts 56, 1000 Bruksela, Belgia, zarejestrowana w Banque-Carrefour des Entreprises (RPM Bruxelles) pod nr 0403.248.596, będąca zakładem ubezpieczeń wpisanym na listę Banque Nationale de Belgique pod numerem 418, NIP: 7011288505, działająca w Polsce poprzez Euler Hermes SA spółka akcyjna oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy Alejach Jerozolimskich 98, 00-807 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy pod nr KRS: 0001200767.