



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
Przesłanki wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	§6, §7, §8 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 1
Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego	§9 z uwzględnieniem definicji zawartych w §1

WPROWADZENIE

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (zwane również „Warunkami Ubezpieczenia”), określają zakres i sposób udzielania ochrony ubezpieczeniowej oferowanej Ubezpieczonemu, który jest objęty umową ubezpieczenia zawartą z Ubezpieczającym.

DEFINICJE

§ 1

Przeżyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia terminy należy rozumieć:

- Administrator** - AXA Partners S.A. Oddział w Polsce, działający w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru świadczeń należnych uprawnionym do świadczenia, z siedzibą pod adresem: AXA Partners S.A. Oddział w Polsce, ul. Gięłdowa 1, 01-211 Warszawa;
- Niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem** - niezdolność do świadczenia jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej udokumentowana prawomocnym orzeczeniem o niezdolności do pracy. Orzeczenie musi potwierdzać związek przyczynowo-skutkowy między niezdolnością do pracy a zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem** - uszczerbek na zdrowiu, potwierdzony dokumentacją medyczną, zgodnie z tabelą nr 2. Uszczerbek musi być wynikiem zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Deklaracja ubezpieczeniowa** - wniosek Użytkownika o przystąpienie do Umowy ubezpieczenia;
- Dzień aktywacji** - pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego następujący po dniu złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej przez Użytkownika, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa;
- Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** - dzień przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia, którym jest dzień złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego;
- Finansujący** - Impuls-Leasing Polska sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskie 212A, 02-486 Warszawa wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000275587, REGON 140864752, NIP: 5222836865;
- Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie, które wystąpiło w okresie Ubezpieczenia, spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego i niewynikające z jego lekkomyślności lub niedbalstwa. Do Nieszczęśliwych wypadków w rozumieniu Warunków Ubezpieczenia nie zalicza się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi, urazów powstałych w związku z wystąpieniem udaru, wylewu krwi, zawału serca oraz wszelkich innych chorób i infekcji nawet tych, które wystąpiły nagłe;
- Orzeczenie o niezdolności do pracy** - wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata: prawomocne orzeczenie o znacznym stopniu niepeł-

nosprawności Ubezpieczonego, wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niepełnosprawności zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa albo prawomocne orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji;

- Ubezpieczający** - Impuls-Leasing Polska sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskie 212A, 02-486 Warszawa wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000275587, REGON 140864752;
- Ubezpieczony / Użytkownik** - osoba fizyczna, użytkownik finansowanego pojazdu, który przystąpił do ubezpieczenia;
- Ubezpieczyciel** - odpowiednio **AXA France VIE Societe Anonyme**, zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727), ul. Terrasses de l'Arche 313, NIP 1080022753 reprezentowana w Polsce przez **AXA France VIE S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Gięłdowej 1, 01-211 Warszawa, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000734083, REGON 380639897;
- Umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, na rachunek Ubezpieczonych;
- Uprawniony do świadczenia** - Ubezpieczony, a w przypadku Śmierci z powodu nieszczęśliwego wypadku osoba wskazana w deklaracji Ubezpieczeniowej;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** - Śmierć Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku, Niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;
- Śmierć Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku** - zgon Ubezpieczonego, o ile istnieje związek przyczynowo skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem, a sam zgon nastąpił w ciągu 12 miesięcy od daty wypadku.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w okresie ubezpieczenia od dnia aktywacji ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszego Ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe: Śmierć Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku, Niezdolność do pracy spowodowana

wana nieszczęśliwym wypadkiem, Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem;

WARUNKI UDZIELANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 3.

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, która:

- 1) ukończyła 18 rok życia oraz jej wiek w chwili przystępowania do Umowy ubezpieczenia powiększony o okres trwania Umowy leasingu lub Umowy pożyczki nie przekracza 70 lat;
- 2) złożyła oświadczenia zawarte w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 3) posiada numer PESEL.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Okres ubezpieczenia („Okres ubezpieczenia”) jest czasem, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu w odniesieniu do jednej Umowy leasingu albo jednej Umowy pożyczki, określonej w Deklaracji ubezpieczeniowej.
2. Okres ubezpieczenia ustalany jest w miesiącach i nie może dłuższy niż 120 miesięcy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu aktywacji ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu opłacenia składki ubezpieczeniowej.
4. Okres ubezpieczenia kończy się a ochrona ubezpieczeniowa ulega rozwiązaniu z chwilą zaistnienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) po upływie 120 miesięcy od Dnia aktywacji ubezpieczenia;
 - 2) po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia;
 - 3) po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) w dniu odstąpienia od ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) w dniu rozwiązania Umowy leasingu lub Umowy pożyczki;
 - 6) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 7) w dniu wyczerpania Sumy ubezpieczenia ze wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych.
 - 8) w dniu przejścia ubezpieczonego na emeryturę.
5. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie Umowy ubezpieczenia na adres Administratora lub na adres Ubezpieczającego. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia kończy się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony ma prawo odstąpić od ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia przystąpienia do Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o odstąpieniu od ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie Umowy ubezpieczenia na adres Administratora lub na adres Ubezpieczającego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5.

1. Do zapłaty składki ubezpieczeniowej zobowiązany jest Ubezpieczający.
2. Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową miesięcznie.
3. Składka ubezpieczeniowa jest wyrażona kwotowo, jest płatna w PLN i jest podana w Deklaracji ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ

§ 6.

1. Suma ubezpieczenia, rozumiana jako górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego wynosi 30 000 (trzydzieści tysięcy) złotych, z zastrzeżeniem postanowień poniżej. Limity i wysokości świadczeń określa Tabela nr 1:

Tabela nr 1

L.p.	Ryzyko	Limity i wysokość świadczeń
1.	Śmierć z powodu nieszczęśliwego wypadku	Jednorazowe świadczenie w wysokości 30 000 PLN
2.	Niezdolność do pracy spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	Jednorazowe świadczenie w wysokości 30 000 PLN
3.	Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	Odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 2, dotyczącą oceny uszczerbku na zdrowiu

4. Jednorazowe świadczenie z tytułu Śmierci z powodu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego jest równe 100% Sumy Ubezpieczenia.
5. Jednorazowe świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku jest równe 100% Sumy Ubezpieczenia.
6. Świadczenie tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego stanowi odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą nr 2.

Tabela nr 2 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Całkowita utrata wzroku: w obu oczach	100%
w jednym oku wraz z utratą oka	40%
w jednym oku bez utraty oka	35%
Całkowita utrata słuchu: w obu uszach	60%
w jednym uchu	20%
Całkowita utrata małżowiny	15%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata kończyny górnej: w barku	75%
w obrębie ramienia	70%
w obrębie przedramienia	65%
w nadgarstku	55%
Całkowita utrata: kciuka	20%
palca wskazującego	15%
innego palca	5%
Całkowita utrata kończyny dolnej: w stawie biodrowym	75%
na wysokości uda	70%
na poziomie stawu kolanowego	65%
w obu udach obrębie podudzia	60%
Całkowita utrata stopy	50%
Całkowita utrata dużego palca	5%
Całkowita utrata innego palca	2%

NABYCIE PRAWA DO ŚWIADCZENIA

§ 7.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 8.

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłosić na formularzu dostępnym u Ubezpieczającego albo u Administratora, dołączając dokumenty wymienione odpowiednio w ust. 2-6. Wypełniony formularz należy przesłać na adres Administratora.

ŚMIERĆ Z POWODU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

2. W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Śmierci z powodu Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, występujący z roszczeniem jest zobowiązany przekazać:
 - 1) zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub kartę zgonu zawierającą określenie przez lekarza przyczyny zgonu stwierdzające związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego,
 - 2) notatkę policyjną opisującą okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia, opisujący te okoliczności, o ile sporządzono taki dokument.

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY Z POWODU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU SPOWODOWANY NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM:

3. W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku lub Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem występujący z roszczeniem jest zobowiązany przekazać:
 - 1) dokument, potwierdzający Niezdolność do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku lub Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) dokument stwierdzający związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Zdarzeniem Ubezpieczeniowym,
 - 3) notatkę policyjną opisującą okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub inny dokument wydany przez organ uprawniony do ustalenia okoliczności zdarzenia, opisujący te okoliczności, o ile sporządzono taki dokument.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel działając przez Administratora informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z rosz-

- czenie oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Wszelkie dokumenty związane ze zgłaszaniem roszczenia powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela na adres Administratora.
 6. Ubezpieczający na żądanie Ubezpieczyciela działającego przez Administratora zobowiązany jest złożyć Administratorowi kopię Deklaracji ubezpieczeniowej.
 7. Jeżeli dokumenty sporządzone są w języku obcym, powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 8. Ubezpieczyciel może zażądać od występującego z roszczeniem także innych, niewymienionych powyżej dokumentów lub informacji niezbędnych do ustalenia Uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia, jeżeli na podstawie posiadanych uprawnień sam nie może uzyskać takich dokumentów lub informacji albo, gdy pozwoli to na przyspieszenie zakończenia postępowania, co do ustalenia Uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia.
 9. Wszelkie koszty związane ze skompletowaniem i doręczeniem wymaganych dokumentów ponosi występujący z roszczeniem.
 10. Ubezpieczyciel może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia. Koszty badań pokrywa Ubezpieczyciel.
 11. Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Osoba uprawniona do otrzymania informacji ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopie dokumentów i żądać potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
 12. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony do świadczenia może zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (22) 306 25 36 w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00 lub drogą elektroniczną wysyłając maila na adres clp.pl@partners.axa.
 13. Pod warunkiem nabycia prawa do świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.
 14. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie było możliwe w terminie określonym w ust. 13 Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.
 15. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 16. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia - informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, tj. świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego lub samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonano w stanie poczytalności czy niepoczytalności albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia dokonano przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego,

- 2) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jazda konna, wspinaczka górską, speleologia i wspinaczka skałkowa, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, nurkowanie ze sprzętem oraz czynnym udziałem Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach lub inne aktywności powiązane z uprawianiem wyżej wymienionych niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów oraz zawodowego uczestnictwa w grach, wyścigach, zakładach lub zawodach sportowych o charakterze powszechnym.
- 3) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.
- 4) bójki, strajków, zamieszek i rozruchów społecznych, w których Ubezpieczony aktywnie uczestniczy, z wyjątkiem samoobrony, pomocy osobom znajdującym się w niebezpieczeństwie lub wykonywania obowiązków zawodowych;
- 5) działań wojennych, w tym wojny domowej (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana czy też nie), stanu wojennego, rebelii, terroryzmu, sabotażu, rewolucji albo powstania zbrojnego lub prawnie uzasadnionych działań sił zbrojnych, łącznie z bezpośrednimi i długofalowymi skutkami użycia broni masowego rażenia, promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącym z paliwa jądrowego lub odpadów nuklearnych lub sprzętu nuklearnego, oraz skażenia toksycznego,
- 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w charakterze sprawcy w przestępstwach lub wykroczeniach, które zostały potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym,
- 7) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę jednak nieprzepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, przy czym przez spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu rozumie się wprowadzenie przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
- 8) bólów pleców oraz zachorowań związanych z kręgosłupem, takich jak: uraz krążka międzykręgowego lub radikulopatii: lumbago, bóle krzyża, rwa kulszowa, neuropatia udowa, neuralgia szyjno-ramienna, wysunięcie dysku, przepuklina dyskowa, ból pleców, ból szyi, kokcydynia.
- 9) bezpośrednio spowodowanym operacją chirurgiczną lub zabiegiem chirurgicznym.

REKLAMACJE

§ 10.

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłoszonych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia, zwanych dalej łącznie odpowiednio „Klientem” oraz „zgłoszeniem”, dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych Warunków Ubezpieczenia, zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) na piśmie:
 - 2) osobiście w siedzibie Administratora albo
 - 3) wysłana przesyłką pocztową na adres Administratora zgodnie z pkt. 4;
 - 4) ustnie – telefonicznie dzwoniąc pod numer telefonu (22) 306 25 36, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00;
 - 5) osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w siedzibie Administratora:

AXA Partners S.A. Oddział w Polsce

ul. Giełdowa 1

01-211 Warszawa

6) na adres do doręczeń elektronicznych Ubezpieczyciela AE:PL81016-18916-IVEIW-31

7) w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres email: clp.pl@partners.axa

3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:

- 1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
 - 2) wskazanie numeru Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, w związku z którą Ubezpieczony przystąpił do Umowy ubezpieczenia,
 - 3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie, oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania reklamacji konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący Reklamację zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel, w celu jej rozpatrzenia.
 5. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
 7. Odpowiedź Ubezpieczyciela zostanie przesłana na adres wskazany w ust. 3 pkt 1).
 8. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Ubezpieczycielem jest język polski.
 9. Dla Umów ubezpieczenia, do których mają zastosowanie niniejsze Warunki Ubezpieczenia właściwym jest prawo polskie.
 10. Niezależnie od powyższego Klient może zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
 11. Klientowi przysługuje prawo złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporu konsumenckiego związanego z Umową ubezpieczenia.
 12. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich zgodnie z ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Więcej informacji na ten temat dostępnych jest na stronie internetowej Rzecznika Finansowego pod adresem <https://rf.gov.pl/>.
 13. Niezależnie od postanowień niniejszej procedury Klient może złożyć odwołania od stanowiska Ubezpieczyciela w ramach wewnętrznej procedury. Odwołania takie składa się w sposób wskazany w ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora:

AXA Partners S.A. Oddział w Polsce
ul. Giełdowa 1
01-211 Warszawa

2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia oraz niniejszych Warunków Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby, Ubezpieczającego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia Umowy ubezpieczenia, a także przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późniejszymi zmianami oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2026r.