

Ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: Ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie szyb i innych przedmiotów od stłuczenia to ochrona ubezpieczeniowa szkód powstałych w mieniu w następstwie zaistnienia zdarzenia wymienionego w umowie ubezpieczenia.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ oszklenie ścienne i dachowe,
- ✓ szyby okienne i drzwiowe, z wyłączeniem szyb w pojazdach,
- ✓ płyty szklane, które stanowią część gablot reklamowych, kontuarów, stołów i lad sprzedażnych,
- ✓ przegrody ścienne, osłony kontuarów, boksów i kabin,
- ✓ witraże,
- ✓ lustra wiszące, stojące i wmontowane w ścianach,
- ✓ szyldy i transparenty, szklane wykładziny słupów, ścian, filarów,
- ✓ rurki neonowe i tablice świetlne,
- ✓ wykładziny szklane i kamienne z wyłączeniem wykładzin podłogowych,
- ✓ markizy.

Suma ubezpieczenia:

- ✓ ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego,
- ✓ stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody powstałe w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia, dla którego została ustalona,
- ✓ powinna być ustalona w wysokości odpowiadającej wartości ubezpieczeniowych przedmiotów łącznie z kosztami ich zamontowania bądź zainstalowania oraz zdemontowania i transportu.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje w szczególności:

- × szklanych i kamiennych wykładzin podłogowych,
- × szyb, przedmiotów szklanych i płyt kamiennych w stanie uszkodzonym,
- × szyb w pojazdach i środkach transportowych,
- × szkielek stanowiących sprzęt urządzeń technicznych i różnego rodzaju instalacji,

- × szyb, przedmiotów szklanych i płyt kamiennych przed ich ostatecznym zamontowaniem lub zainstalowaniem w miejscu przeznaczenia,
- × szkła artystycznego,
- × szyb w szklarniach i inspektach.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody:

- ! powstałe w wyniku umyślnego działania lub zaniechania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego,
- ! powstałe na skutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek wewnętrznych, sabotażu, strajków, aktów terroru,
- ! w wyniku działania energii jądrowej, skażenia lub zanieczyszczenia gleby, powietrza, wody,
- ! których wartość nie przekracza 100 PLN,
- ! powstałe podczas wymiany lub wymontowania ubezpieczonego przedmiotu w czasie prac konserwacyjnych bądź naprawczych lub w czasie przewozu,
- ! powstałe w rezultacie niewłaściwego działania lub wady urządzeń neonowych,
- ! polegające na zadrapaniu, porysowaniu, poplamieniu bądź zmianie barwy lub odprysnięciu kawałków powierzchni ubezpieczonych przedmiotów,
- ! powstałe w następstwie złego montażu i niewłaściwej technologii wykonania,
- ! w szybach, przedmiotach szklanych i płytach kamiennych przed ich ostatecznym zamontowaniem lub zainstalowaniem w miejscu przeznaczenia.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terenie RP w miejscu określonym w umowie.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Niezwłoczne powiadomienie InterRisk o szkodzie.
- Użycie dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia rozmiarów szkody.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy chyba że strony umówiły się inaczej.

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie, jako początek okresu ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia lub z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia w odniesieniu do mienia będącego przedmiotem ubezpieczenia na pierwsze ryzyko lub wraz z wyczerpaniem określonego limitu odpowiedzialności na wszystkie zdarzenia losowe,
- b) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
- c) z chwilą przejścia własności mienia na nabywcę.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SZYB I INNYCH PRZEDMIOTÓW OD STŁUCZENIA

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

SPIS TREŚCI

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	rewers str. 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE	1
DEFINICJE	1
PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	1
OGRA NICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	1
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	3
SYSTEMY UBEZPIECZEN	3
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	3

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	3
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	4
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	4
ZGŁOSZENIE SZKODY. USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA	6
WYPŁATA ODSZKODOWANIA	6
ROSZCZENIA REGRESOWE	7
SKARGI I REKLAMACJE	7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	7

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

- Niniejsze, ogólne warunki ubezpieczenia szyb i innych przedmiotów od stłuczenia, zwane dalej owu, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwanym dalej Ubezpieczycielem.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w polisie. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym, że różnice między niniejszymi owu, a treścią umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
- Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych owu muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
- Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa polskiego, a w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych owu przez poniższe określenia, użyte w owu lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- Akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiejkolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy.
- Franszyza integralna** – ustalona w umowie ubezpieczenia wartość wyrażona kwotowo, do wysokości której Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, o ile wartość szkody nie przekracza tej kwoty. W przypadku wystąpienia szkody o wartości przekraczającej ustaloną kwotę franszyzy integralnej, odszkodowanie wypłaca się bez potrącenia franszyzy integralnej.
- Odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze.
- Sabotaż** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom, mające na celu wywołanie zakłóceń w transporcie publicznym lub w pracy firm usługowych albo produkcyjnych.
- System ubezpieczenia na pierwsze ryzyko** – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia ustalana jest według wysokości prawdopodobnej maksymalnej straty, jaka może powstać wskutek jednego zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
- System ubezpieczenia na sumy stałe** – system ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia powinna odpowiadać całkowitej wartości mienia (dla danego przedmiotu ubezpieczenia).
- Szkoda** – utrata, uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia bezpośrednio wskutek wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, występującego niespodziewanie i niezależnie od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

- Ubezpieczający** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony** – podmiot, będący osobą fizyczną, prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, prowadzący działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na rzecz którego Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia.
- Uprawniony** – podmiot upoważniony pisemnie przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego do otrzymania odszkodowania.
- Zdarzenie** – niezależne od woli Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne o charakterze nagłym i niespodziewanym, powodujące szkodę w ubezpieczonym mieniu, zaistniałe w okresie ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§3

- Ubezpieczenie obejmuje szyby i inne przedmioty znajdujące się w posiadaniu Ubezpieczającego, stanowiące wyposażenie bądź urządzenie budynków, lokali oraz innych pomieszczeń użytkowych, zamontowane na stałe zgodnie z ich przeznaczeniem.
- Ubezpieczeniem mogą być objęte takie przedmioty jak:
 - oszklenie ścienne i dachowe,
 - szyby okienne i drzwiowe, z wyłączeniem szyb w pojazdach,
 - plyty szklane, które stanowią część gablot reklamowych, kontuarów, stołów i lad sprzedażnych,
 - przegrody ścienne, osłony kontuarów, boksów i kabin,
 - witraże,
 - lustra wiszące, stojące i wmontowane w ścianach,
 - szylidy i transparenty, szklane wykładziny słupów, ścian, filarów,
 - rukry neonowe i tablice świetlne,
 - wykładziny szklane i kamienne z wyłączeniem wykładzin podłogowych,
 - markizy.
- Ubezpieczeniem mogą być również objęte koszty ustawienia rusztowań umożliwiających zamontowanie bądź zainstalowanie ubezpieczonych przedmiotów w związku z ich stłuczeniem lub rozbiciem – pod warunkiem dokonania zapisu w umowie i określenie odrębnej sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczeniem objęte są również uzasadnione i udokumentowane koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z zaistniałym zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową wynikłe z zastosowania dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody, zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą oraz koszty usunięcia pozostałości po szkodzie. Koszty, o których mowa są pokrywane w granicach sum ubezpieczenia określonych dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia z wyłączeniem kosztów usunięcia pozostałości po szkodzie, które pokrywane są w granicach sum ubezpieczenia w wysokości nie przekraczającej 5% szkody.

§4

- Ubezpieczenie obejmuje przedmioty znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu określonym w umowie (polisie).
- Przedmioty wymienione w umowie ubezpieczenia są objęte ochroną ubezpieczeniową od szkód powstałych wskutek ich stłuczenia (rozbicia).

OGRA NICZENIA I WYŁĄCZENIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- Umowa ubezpieczenia nie obejmuje i w związku z tym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek:
 - winy umyślnej (umyślnego działania lub zaniechania) albo rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego chyba, że wypłata odszkodowania odpowiada względem

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §7, §9, §10, §16, §17, §18, §19, §20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §13 ust. 3, §15
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

- ślusznosci, winy umyślnej osoby, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 2) zajęcia, konfiskaty, zawłaszczenia, nacjonalizacji, rekwizycji, zniszczenia, które nastąpiły na mocy aktu prawnego, niezależnie od jego formy, wydanego przez prawomocne władze,
 - 3) strajków i niepokojów społecznych,
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, sabotażu a także aktów terroru,
 - 5) działania promieniowania jonizacyjnego lub skażenia radioaktywnego, bez względu na źródło jego pochodzenia, a w szczególności pochodzącego z paliwa jądrowego lub jakichkolwiek odpadów promieniotwórczych powstałych w wyniku reakcji rozpadu albo syntezy jądrowej,
 - 6) skażenia lub zanieczyszczenia środowiska lub ubezpieczonego mienia odpadami przemysłowymi albo zanieczyszczeniami emitowanymi do otoczenia.
- 2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody:**
- 1) nie przekraczające 100 PLN – franszyza integralna,
 - 2) powstałe podczas wymiany lub wymontowania ubezpieczonego przedmiotu w czasie prac konserwacyjnych bądź naprawczych lub w czasie przewozu,
 - 3) będące następstwem niewłaściwego działania lub wady urządzeń neonowych,
 - 4) powstałe wskutek zadrapania, porysowania, poplamienia bądź zmiany barwy lub odprysnięcia kawałków powierzchni ubezpieczonych przedmiotów,
 - 5) wynikłe ze złego montażu i niewłaściwej technologii wykonania.
- 3. Ubezpieczeniem nie są objęte następujące przedmioty:**
- 1) szklane i kamienne wykładziny podłogowe,
 - 2) szyby, przedmioty szklane i płyty kamienne w stanie uszkodzonym,
 - 3) szyby w pojazdach i środkach transportowych,
 - 4) szkła stanowiące sprzęt urządzeń technicznych i różnego rodzaju instalacji,
 - 5) szyby, przedmioty szklane i płyty kamienne przed ich ostatecznym zamontowaniem lub zainstalowaniem w miejscu przeznaczenia,
 - 6) szkło artystyczne,
 - 7) szyby w szklarniach i inspektach.
- 4. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.**

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego, oddzielnie dla przedmiotów wymienionych w §3 ust. 2 i 3, który proponuje ją kierując się wartością ubezpieczonego mienia, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym paragrafie i w §7.
2. Suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody powstałe w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do każdego przedmiotu ubezpieczenia, dla którego została ustalona.
3. Suma ubezpieczenia powinna być ustalona w wysokości odpowiadającej wartości ubezpieczonych przedmiotów łącznie z kosztami ich zamontowania bądź zainstalowania oraz zdemontowania i transportu.
4. Ubezpieczający zgłaszając do ubezpieczenia wszystkie szyby i przedmioty, podaje we wniosku o ubezpieczenie każdą grupę przedmiotów, określonych w §3 ust.2, w oddzielnej pozycji z określeniem ilości, wymiarów oraz rodzaju materiału i sumy ubezpieczenia w uzgodnieniu z Ubezpieczycielem.
5. Jeżeli przedmiot ubezpieczenia posiada znaki reklamowe, informacyjne lub pokryty jest folią przeciwwłamaniową należy podać ich treść, rodzaj użytego materiału, wielkość liter lub opis znaku, miejsce w którym zostały umieszczone. Suma ubezpieczenia winna być podwyższona do takiej wysokości, aby objęte nią były całe koszty odtworzenia.
6. W reklamach neonowych należy dodatkowo określić na jakiej wysokości i na jakiej części budynku znak został umieszczony. Suma ubezpieczenia winna odpowiadać całej reklamie neonowej.
7. Suma ubezpieczenia kosztów ustawienia rusztowań winna odpowiadać faktycznym kosztom ich ustawienia, rozebrania oraz przetransportowania.
8. W przypadku, gdy w okresie ubezpieczenia nastąpi wzrost wartości mienia ubezpieczonego w systemie sum stałych, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym fakcie Ubezpieczyciela i doubezpieczyć mienie do wyższej sumy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki. Podwyższenie sumy ubezpieczenia będzie skuteczne dopiero po potwierdzeniu tego faktu przez Ubezpieczyciela i opłaceniu dodatkowej składki przez Ubezpieczającego.

9. Suma ubezpieczenia pomniejszana jest o kwotę wypłaconego odszkodowania /zasada konsumpcji sumy ubezpieczenia/, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10.
10. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma ubezpieczenia może zostać uzupełniona do pierwotnej wysokości lub podwyższona w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela od dnia następnego po potwierdzeniu tego faktu przez Ubezpieczyciela i po opłaceniu dodatkowej składki przez Ubezpieczającego.

SYSTEMY UBEZPIECZEŃ

§7

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących systemach ubezpieczeń:
 - 1) na sumy stałe,
 - 2) na pierwsze ryzyko.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) i adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię, nazwisko (nazwę) i adres (siedzibę) Ubezpieczonego (dotyczy przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek),
 - 3) określenie rodzaju prowadzonej działalności,
 - 4) lokalizacja lub lokalizacje ubezpieczonego mienia (miejsca ubezpieczenia),
 - 5) przedmiot ubezpieczenia,
 - 6) sumę ubezpieczenia,
 - 7) okres ubezpieczenia,
 - 8) informację na temat szkodowości za ostatnie 3 lata (ilość, rodzaj i wielkość szkód, z rozbiorem na poszczególne lata),
 - 9) propozycję ustaleń dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych owu, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 i ust. 3 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny 12 miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu.
7. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§9

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia) jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje z dniem:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela od umowy ubezpieczenia,
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §10 ust. 2 i 3,
 - 4) bezskutecznego upływu 7 dniowego terminu (liczonego od dnia doręczenia) wyznaczonego w wezwaniu skierowanym przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia,
 - 5) wyczerpania sumy ubezpieczenia, wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań, o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia,
 - 6) przejścia prawa własności ubezpieczonego mienia na inną osobę, jeżeli prawa

z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę tego mienia.

4. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.
4. W razie zbycia przedmiotu ubezpieczenia, prawa z umowy ubezpieczenia mogą być przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia. Przeniesienie tych praw wymaga zgody Ubezpieczyciela. Jeżeli prawa z umowy ubezpieczenia nie zostały przeniesione na nabywcę przedmiotu ubezpieczenia stosunek ubezpieczenia wygasa z chwilą przejścia przedmiotu ubezpieczenia na nabywcę.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §9 ust. 3 pkt 4 owu.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje/Ochrona ubezpieczeniowa wygasa wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§11

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) zadeklarowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych przedmiotów ubezpieczenia,
 - 2) przedmiotu ubezpieczenia,
 - 3) zakresu ubezpieczenia,
 - 4) okresu ubezpieczenia,
 - 5) szkodowości.
3. Ponadto, w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc określoną we wniosku ubezpieczeniowym sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danego ryzyka stawkę taryfową określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki w składce podstawowej.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki w szczególności z tytułu:
 - 1) rozszerzenia zakresu ubezpieczenia,
 - 2) zniesienia obowiązującej franszyzy integralnej,
 - 3) rozłożenia płatności na raty,

- 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych,
- 5) szkodowości występującej w majątku Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek.

10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki w szczególności z tytułu:

- 1) zawężenia zakresu ubezpieczenia,
- 2) wprowadzenia do umowy ubezpieczenia wyższej niż określona w niniejszych owu franszyzy integralnej,
- 3) bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia,
- 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych.

11. Ubezpieczyciel może nie udzielić zniżki składki w przypadku zawierania ubezpieczeń na okres krótszy niż rok.

12. Składka minimalna wynosi 100 PLN.

13. Składka ubezpieczeniowa za roczny okres ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty.

14. Wysokość składki lub rat składki z tytułu udzielonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, jak również terminy płatności określone są w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.

15. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

16. W przypadku, gdy składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki lub raty składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek Ubezpieczyciela.

17. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

18. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§12

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu wszelkie informacje niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku powstania szkody zobowiązany jest do terminowej jej likwidacji.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu owu i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - 3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego,
 - 4) niezależnie od innych postanowień owu, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - 1) firmie Ubezpieczyciela i adresie siedziby Ubezpieczyciela,
 - 2) charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,

- 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
5. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Ww. osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzania na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela lub uzgodnionej z Ubezpieczycielem i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wglądu do ksiąg i dokumentów Ubezpieczającego/Ubezpieczonego związanych z zawartą umową ubezpieczenia oraz sporządzania z nich kopii w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości odszkodowania.
8. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do udostępnienia Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu tabel i norm zużycia technicznego dotyczących umowy ubezpieczenia, o której mowa w niniejszych owu we wszystkich jednostkach organizacyjnych Ubezpieczyciela, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nimi przed zawarciem ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/Ubezpieczonego tekst tabel i norm zużycia technicznego Ubezpieczyciela dostarczany jest Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu pod wskazany adres.

§13

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach.
2. W okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać pisemnie Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) zapłacić składkę ubezpieczeniową lub jej raty w ustalonym terminie,
 - 2) podejmować środki ostrożności i zastosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, które zostały uzgodnione w umowie ubezpieczenia jak również wynikające z lustracji przeprowadzonej w trybie określonym w umowie ubezpieczenia w celu zapobieżenia powstaniu szkody,
 - 3) podejmować stosowne działania zapobiegawcze oraz uzasadnione środki ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody,
 - 4) przestrzegać odpowiednio do zakresu i przedmiotu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia powszechnie obowiązujących przepisów mających na celu zapobieganie powstaniu szkody, a w szczególności przepisów prawa budowlanego, Państwowej Inspekcji Pracy, przepisów o ochronie przeciwpożarowej, odgromowej, o ochronie środowiska, o budowie i eksploatacji urządzeń technicznych oraz o wykonaniu dozoru technicznego nad tymi urządzeniami, jak również zaleceń producenta lub dostawcy w zakresie montażu, zabezpieczeń, warunków eksploatacji i sposobu użytkowania ubezpieczonych przedmiotów oraz utrzymania ich w dobrym stanie, a także stosować się do wymogów zawartych w umowie ubezpieczenia lub powstałych w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia,
 - 5) stosować się do przepisów prawnych, norm, zaleceń, wymogów oraz decyzji organów administracji państwowej i samorządowej dotyczących bezpieczeństwa prowadzonej działalności,
 - 6) zapewnić prawidłowe zabezpieczenie, utrzymanie, konserwację i eksploatację przedmiotu ubezpieczenia,
 - 7) przestrzegać uzgodnionych z Ubezpieczycielem zaleceń dodatkowych oraz terminów ich realizacji, które były warunkiem zawarcia lub kontynuacji umowy ubezpieczenia, a w szczególności usunąć zagrożenia, zwłaszcza będące przyczyną powstałej w okresie wcześniejszym szkody. Uzgodnione zalecenia dodatkowe określane są w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - 8) prowadzić ewidencję ubezpieczonego mienia zgodnie z obowiązującymi przepisami, w sposób umożliwiający, w przypadku powstania szkody, bezsporne ustalenie wartości ubezpieczonego mienia oraz w skuteczny sposób zabezpieczyć dokumenty i dowody dotyczące ewidencji ubezpieczonego mienia przed zniszczeniem, zaginięciem lub kradzieżą,

- 9) przestrzegać obowiązków określonych w niniejszych owu oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
6. Wszelkie urządzenia zabezpieczające Ubezpieczający ma obowiązek użytkować i utrzymywać w należytym stanie technicznym oraz poddawać konserwacji i kontroli co najmniej raz w roku, o ile obowiązujące przepisy lub zalecenia producenta nie stanowią inaczej.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest umożliwić przedstawicielowi Ubezpieczyciela dokonanie lustracji ubezpieczonego mienia przed zawarciem umowy ubezpieczenia i w trakcie jej trwania, a w tym celu ułatwić mu dostęp do przedmiotu ubezpieczenia. Ubezpieczający jest zobowiązany udostępnić przedstawicielowi Ubezpieczyciela dokumenty związane z zakupem i eksploatacją przedmiotów ubezpieczenia, a w szczególności dokumentację techniczną - ruchową, protokoły remontów, przeglądów konserwacyjnych i badań, protokoły pomiarów i prób eksploatacyjnych.

§14

1. W przypadku powstania szkody, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzi w mieniu bezpośrednio zagrożonym lub zmniejszenia rozmiarów szkody. Jeżeli Ubezpieczający umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie wykona obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu,
 - 2) w sytuacji kiedy istnieje podejrzenie, że popełniono przestępstwo, niezwłocznie powiadomić o szkodzi najbliższą terytorialnie jednostkę policji,
 - 3) niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzi, jednak nie później niż w ciągu 7 dni, zawiadomić na piśmie o jej wystąpieniu Ubezpieczyciela (najlepiej jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela, w której zawarto umowę ubezpieczenia). Zawiadomienie o szkodzi powinno zawierać w szczególności: informację o terminie zdarzenia, okolicznościach i miejscu powstania szkody, o przyczynie i rozmiarach szkody, numer polisy i dane Ubezpieczającego, rodzaj, przedmiot i szacunkową wysokość szkody. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeśli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia,
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności i wysokości szkody, zasadności i wysokości roszczenia, udzielić wszelkiej niezbędnej pomocy, jak również udzielić Ubezpieczycielowi potrzebnych w tym celu dodatkowych wyjaśnień i informacji oraz przedstawić dowody i dokumenty, jakie odpowiednio do stanu rzeczy są wymagane (w tym udostępnić pełną dokumentację księgową ubezpieczonego mienia),
 - 5) sporządzić na podstawie posiadanych dokumentów, szczegółowy rachunek strat oraz dostarczyć go Ubezpieczycielowi, o ile to jest możliwe w terminie 14 dni od daty zgłoszenia szkody,
 - 6) kierując się zasadą staranności ogólnej wymaganej w stosunkach dotyczących przedmiotów ubezpieczenia w miarę możliwości zachować wszystkie uszkodzone części i udostępnić je przedstawicielowi lub rzeczoznawcy Ubezpieczyciela w celu przeprowadzenia oględzin.
2. Ubezpieczający nie może zmieniać bez zezwolenia Ubezpieczyciela zastanego w miejscu szkody stanu faktycznego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, do czasu przybycia przedstawiciela Ubezpieczyciela i przeprowadzenia oględzin, chyba że zmiana jest niezbędna w celu zabezpieczenia mienia pozostałego po szkodzi lub w celu zmniejszenia szkody. Nie dotyczy to sytuacji, w której Ubezpieczyciel nie podjął czynności likwidacyjnych w terminie 7 dni od daty powiadomienia o powstaniu szkody.
3. Ubezpieczający może przystąpić do usuwania skutków szkody pod warunkiem, że Ubezpieczyciel wyrazi na takie działania pisemną zgodę. We wszystkich innych przypadkach Ubezpieczający zobowiązany jest umożliwić przedstawicielowi Ubezpieczyciela wykonanie szczegółowych oględzin miejsca szkody i przedmiotów objętych szkodzi przed przystąpieniem do ich odbudowy, remontu lub naprawy.
4. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3, Ubezpieczający powinien podjąć bez nieuzasadnionej zwłoki działania w celu naprawy zniszczonych zabezpieczeń bądź odbudowy, remontu lub naprawy uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego mienia.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć postanowienie o umorzeniu dochodzenia wszczętego w sprawie zgłoszonej szkody, bądź odpis prawomocnego wyroku sądowego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.
6. Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodzi.

§15

Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczający wyrządził szkodzi umyślnie. W razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie się nie należy, chyba, że wypłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodzi wyrządzone umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

**ZGŁOSZENIE SZKODY. USTALENIE ROZMIARU SZKODY
I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA**

§16

1. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.
2. Do zgłoszenia szkody Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) wypełniony arkusz zgłoszenia szkody,
 - 2) kopię zgłoszenia zdarzenia policji, straży pożarnej i innym podmiotom, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami owu należało powiadomić (w tym załączyć informację o wszczęciu lub umorzeniu dochodzenia), o ile znajdują się w jego posiadaniu,
 - 3) informację, czy uszkodzone mienie nadaje się do dalszego wykorzystania/użytkowania przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego,
 - 4) kopie dokumentów księgowych (w tym wyciąg z ewidencji środków trwałych, umowy sprzedaży, faktury zakupu, dokumenty odprawy celnej itp.), które dotyczą przedmiotów ubezpieczenia objętych szkodą,
 - 5) oferty zakładów naprawczych z określeniem przewidywanego kosztu naprawy uszkodzonego mienia, jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony takimi ofertami dysponuje,
 - 6) kopie umowy najmu, dzierżawy, leasingu lub innych umów lub tytułów prawnych, na podstawie których przedmioty ubezpieczenia objęte szkodą są użytkowane,
 - 7) wewnętrzne przepisy i instrukcje Ubezpieczającego/Ubezpieczonego oraz instrukcje obsługi i zalecenia producenta dotyczące eksploatacji, zabezpieczenia i konserwacji ubezpieczonego mienia dotkniętego szkodą,
 - 8) rachunek wysokości strat wraz z podaniem na podstawie jakich dokumentów został on wykonany (należy załączyć kopie tych dokumentów) oraz szczegółowym opisem uszkodzonego, zniszczonego lub utraconego mienia (w tym: nazwę, rodzaj, typ, model, numer fabryczny, numer inwentarzowy, przeznaczenie, rok produkcji/zakupu i inne parametry techniczne charakteryzujące przedmiot ubezpieczenia),
 - 9) rachunek kosztów ratowania ubezpieczonego mienia, kosztów usunięcia pozostałości po szkodzie lub innych poniesionych kosztów objętych ochroną ubezpieczeniową,
 - 10) dane świadków zdarzenia, o ile są w jego posiadaniu.
3. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać zmieniony w zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 4.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości odszkodowania, Ubezpieczyciel w terminie siedmiu dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.

§17

1. Wysokość szkody w poszczególnych ubezpieczonych przedmiotach ustala się w granicach wysokości sumy ubezpieczenia grup lub pojedynczych ubezpieczonych przedmiotów.
2. Wysokość szkody ustala się na podstawie ceny nabycia lub kosztów naprawy zniszczonego przedmiotu ubezpieczenia tego samego rodzaju, gatunku, materiału i wymiarów udokumentowanych stosownymi rachunkami według cen rynkowych obowiązujących w dniu ustalenia odszkodowania i zwiększa się o poniesione i udokumentowane koszty:
 - 1) demontażu i montażu,
 - 2) transportu,
 - 3) wykonania napisów, ozdób i liter według wzorów istniejących w dniu powstania szkody,
 - 4) ustawienia i rozebrania rusztowań, o ile zostały dodatkowo ubezpieczone.
3. W ubezpieczeniu reklam neonowych, do szkody zalicza się wartość rurek szklanych łącznie z końcówkami oraz koszty wymontowania i ponownego wmontowania rurek.

§18

1. Podstawą do ustalenia wysokości szkody jest przedstawiony przez Ubezpieczającego rachunek strat, który podlega weryfikacji przez Ubezpieczyciela.
2. Wysokość szkody zmniejsza się o wartość pozostałości, które mogą być przeznaczone do dalszego użytku, przeróbki lub sprzedaży.
3. Koszty naprawy nie mogą przekraczać rzeczywistej wartości przedmiotu.
4. Przy ustaleniu wysokości szkody nie uwzględnia się:

- 1) wartości naukowej, zabytkowej lub amatorskiej (upodobania),
 - 2) kosztów wynikających z braków materiału potrzebnego do przywrócenia stanu istniejącego przed szkodą.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następną szkodę powstałą w tym samym okresie ubezpieczenia ustala się tylko do wysokości pozostałej sumy ubezpieczenia określonej grupy przedmiotu (poszczególnej pozycji polisy) zgodnie z postanowieniami §6 ust. 9 niniejszych ogólnych warunków.
 6. Jeżeli w ubezpieczeniu na sumy stałe suma ubezpieczenia dla określonego w umowie ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia jest wyższa od jego wartości w dniu szkody (nadubezpieczenie) Ubezpieczyciel odpowiada tylko do faktycznej wartości przedmiotu ubezpieczenia w dniu szkody.
 7. Jeżeli w ubezpieczeniu na sumy stałe suma ubezpieczenia dla określonego w umowie ubezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia jest niższa od jego wartości w dniu szkody (nieubezpieczenie), wówczas wysokość odszkodowania, ustalona zgodnie z postanowieniami niniejszych owu, zostaje pomniejszona w takim stopniu w jakim suma ubezpieczenia tego przedmiotu ubezpieczenia pozostaje do jego wartości w dniu szkody (zasada proporcji).

§19

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania.
2. Postępowanie likwidacyjne w zakresie przyczyny powstania i rozmiaru szkody przeprowadza Ubezpieczyciel przy współudziale Ubezpieczającego lub osób przez niego upoważnionych. Koszty związane z ustaleniem przyczyny powstania i rozmiaru szkody każda ze stron ponosi we własnym zakresie.
3. W celu ustalenia przyczyny powstania i rozmiaru szkody oraz wysokości odszkodowania, każda ze stron może na własny koszt powołać rzeczoznawcę.
4. Ubezpieczyciel ma prawo wyznaczyć na własny koszt niezależnego rzeczoznawcę w celu udzielenia Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu instrukcji i wskazówek dotyczących postępowania zmierzającego do złagodzenia skutków wypadku lub zminimalizowania rozmiarów szkody.
5. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi lub wyznaczonemu rzeczoznawcy posiadane dokumenty, które Ubezpieczyciel lub wyznaczony rzeczoznawca uważa za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.
6. Odszkodowanie stanowi kwotę obliczoną zgodnie z postanowieniami §17-19.
7. Jeżeli nie umówiono się inaczej w umowie ubezpieczenia (polisie), wypłacane odszkodowanie nie może być wyższe od poniesionej szkody.
8. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej Ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, Ubezpieczający nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między Ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§20

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia (Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego) w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, zawartej z uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Odszkodowanie może być wypłacane: przelewem, czekiem, gotówką z kasy lub przekazem pocztowym po potrąceniu kosztów wysyłki.
3. Ubezpieczyciel spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonym w ust. 3 lub 4 wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do Ubezpieczyciela lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty odszkodowania lub z wysokością przyznanego odszkodowania, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji w sprawie

szkody zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

8. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 6 i 7 Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony lub poszkodowany może zgłaszać skargi do Rzecznika Finansowego, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
9. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty odszkodowania lub z wysokością przyznanego odszkodowania może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 7 i 8.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§21

1. Z dniem wypłaty odszkodowania roszczenie Ubezpieczającego/Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Roszczenia, o których mowa w ust. 1, nie przechodzą na Ubezpieczyciela, jeżeli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba, że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi informacji i pomocy, dostarczyć dokumenty, o które Ubezpieczyciel poprosił, a znajdują się one w jego posiadaniu a także umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych przeciw osobom trzecim odpowiedzialnym za szkodę.
4. Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony skutecznie zrzekł się, w całości lub części, bez zgody Ubezpieczyciela, praw do roszczenia odszkodowawczego, przysługujących mu w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania odpowiednio w całości lub w części. Jeżeli fakt ten zostanie ujawniony już po wypłacie odszkodowania, Ubezpieczyciel może żądać zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania, w części której Ubezpieczający/Ubezpieczony zrzekł się roszczenia.

SKRAGI I REKLAMACJE

§22

1. Reklamacja, skarga lub zażalenie skierowane do InterRisk, zwane dalej „reklamacjami”, mogą być złożone:
 - 1) **na piśmie:**
 - a) w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce InterRisk obsługującej klientów, albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe (na przykład na adres siedziby InterRisk, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa), albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (w szczególności e-mailem na adres: reklamacje@interrisk.pl), albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-77929-49747-ASACI-18;
 - 2) **ustnie** – telefonicznie (preferowany numer: 22 575 25 25) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
2. InterRisk rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
4. InterRisk odpowiada na reklamację osoby fizycznej na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;

- 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
5. W przypadku gdy reklamacja osoby fizycznej została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, odpowiedź InterRisk jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
6. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
7. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne InterRisk, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, który złożył reklamację, przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
9. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

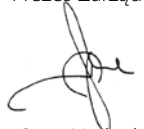
§23

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą w formie pisemnej zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany zawiadamiać Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu. Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od chwili, w której zostałoby doręczone, gdyby Ubezpieczający/Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego owu jest prawo polskie.
5. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
6. Ubezpieczyciel zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

§24

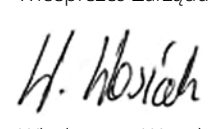
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Wiceprezes Zarządu



Włodzimierz Wasiak

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.