

PEŁNOMOCNICTWO

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Prosta 68; 00 - 838 Warszawa, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000320749, NIP 108-00-06-955

reprezentowaną przez:

Jana Čupa- Dyrektora Generalnego Oddziału
zwaną dalej AXA Assistance

upoważnia niniejszym:

Serwis Ubezpieczeniowy sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach, ul. Tarasa Szewczenki 8, 40-855 Katowice, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Katowice-Wschód w Katowicach, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000646878, o numerze NIP 6751565906, o kapitale zakładowym 5000 PLN

reprezentowaną przez:

[_____]

[_____]

zwaną dalej Agentem,

do wykonywania czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na rzecz AXA Assistance, poprzez wykonywanie czynności faktycznych związanych z pośrednictwem przy zawieraniu umów ubezpieczenia, w zakresie działu II grup 1, 2, 9, 13, 16, 17, 18, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz czynności związanych z obsługą i wykonywaniem umów ubezpieczenia.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje umocowanie w szczególności do:

- 1) pozyskiwania klientów w celu przystąpienia przez nich do Umowy grupowej ubezpieczenia,
- 2) podejmowanie czynności zmierzających do lub przystąpienia do Umowy grupowej ubezpieczenia,
- 3) pobierania i zwrotu składki ubezpieczeniowej,
- 4) przyjmowania Deklaracji ubezpieczeniowych lub innych oświadczeń klientów związanych z ochroną ubezpieczeniową,
- 5) wystawiania Certyfikatów ubezpieczeniowych,

Niniejsze pełnomocnictwo nie obejmuje umocowania do:

- 1) zawierania umów ubezpieczenia w imieniu AXA Assistance, w tym wystawiania polis lub innych dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 2) potwierdzania rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej tymczasowej lub stałej w sposób odmienny od przewidzianego w warunkach ubezpieczenia,
- 3) dokonywania zmiany terminu płatności lub zmiany wysokości składek w sposób

**Załącznik nr 1 do Umowy Agencyjnej z dnia 5 listopada 2019 r.
zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce a Serwis Ubezpieczeniowy
sp. z o.o.**

- wykraczający poza zapisy Umowy agencyjnej,
- 4) składania oświadczeń woli związanych z akceptacją lub odmową akceptacji roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia.

W związku z wykonywaniem czynności pośrednictwa Agent jest obowiązany, w przypadku wykonywania czynności przygotowawczych zmierzających do przystąpienia do Umowy grupowej ubezpieczenia, do okazania przy pierwszej czynności związanej z zawarciem takich umów oraz na każde żądanie klienta niniejszego pełnomocnictwa.

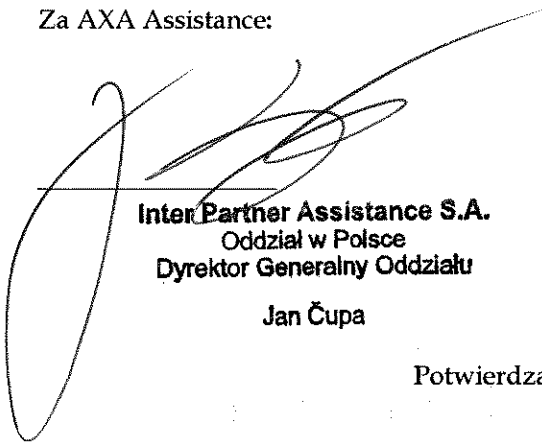
Obszarem działalności Agenta jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Niniejsze pełnomocnictwo może zostać w każdej chwili odwołane.

Pełnomocnictwo niniejsze pozostaje skuteczne do chwili jego odwołania albo wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy agencyjnej z 5 listopada 2019 r. zawartej pomiędzy Agentem a AXA Assistance.

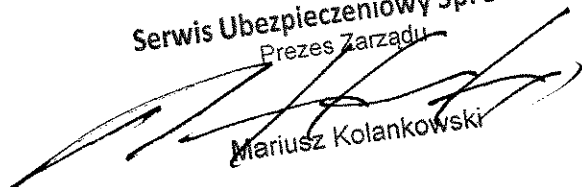
Warszawa, dnia 5 listopada 2019 r.

Za AXA Assistance:



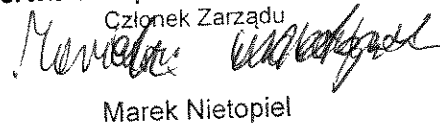
Inter Partner Assistance S.A.
Oddział w Polsce
Dyrektor Generalny Oddziału
Jan Čupa

Serwis Ubezpieczeniowy Sp. z o.o.
Prezes Zarządu



Mariusz Kolankowski

Serwis Ubezpieczeniowy Sp. z o.o.
Członek Zarządu



Marek Nietopiel

Potwierdzam przyjęcie niniejszego dokumentu w imieniu Agenta
data i podpis