



Karta Produktu

Ubezpieczenia Zdrowotnego „mZDROWIE” oferowanego dla posiadaczy rachunków oszczędnościowo - rozliczeniowych i prowadzonych przez mBank S.A.

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu zdrowotnym „mZdrowie” oferowanym dla Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych prowadzonych przez mBank S.A. Karta Produktu nie jest elementem Umowy Ubezpieczenia ani materiałem marketingowym. Karta Produktu została przygotowana przez BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. we współpracy z mBank S.A. na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie Bancassurance wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Przeczytaj uważnie ten dokument, abyś wiedział jakie są cechy produktu, jakie korzyści daje Ci to ubezpieczenie oraz jakie obowiązki są z nim związane.

Decyzję o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia podejmij po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

1. Ubezpieczyciel:

- BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.

2. Ubezpieczony główny:

- osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo - rozliczeniowego, w przypadku rachunku wspólnego – każdy ze Współposiadaczy rachunku, na rzecz którego zawarta została Umowa Ubezpieczenia, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 70. roku życia; uprawniona do wskazania osób Ubezpieczonych w przypadku wybrania wariantu formy rodzinnej ubezpieczenia.

3. Ubezpieczony:

- Ubezpieczony główny, jego współmałżonek albo partner, a także dziecko lub dzieci objęte ochroną ubezpieczeniową.

4. Rola Banku:

- mBank S.A., który zawarł Umowę Ubezpieczenia z BRE Ubezpieczenia TUiR S.A. i występuje w roli Ubezpieczającego w ramach tej Umowy Ubezpieczenia.
- mBank S.A. jako Ubezpieczający nie pobiera wynagrodzenia od BRE Ubezpieczenia TUiR S.A.

5. Umowa Ubezpieczenia:

- Ubezpieczenie oferowane w formie grupowej w dwóch wariantach: **Wariant Komfortowy** i **Wariant Maksymalny** oraz w **formie indywidualnej lub rodzinnej**.
- Nr Polisy Generalnej: **9000153**

6. Informacje podstawowe o Umowie Ubezpieczenia:

a) Warunki przystąpienia do ubezpieczenia:

- Do ubezpieczenia mogą przystąpić posiadacze rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych prowadzonych przez mBank S.A., którzy ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 70. roku życia.

b) Cel ubezpieczenia/zakres:

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - Udostępnienie świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów tych świadczeń (zakres świadczeń opisany jest w Załączniku nr 1 do OWU mZdrowie),
 - Zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych opisanych w Katalogu świadczeń zdrowotnych właściwych dla wybranego wariantu ubezpieczenia.

7. Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej:

- W stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem uprzedniego zapłacenia składki:
 - dla Ubezpieczonych, którzy zostali zgłoszeni do Umowy Ubezpieczenia do 15 dnia miesiąca – od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia do Umowy Ubezpieczenia.
 - dla Ubezpieczonych, którzy zostali zgłoszeni do Umowy Ubezpieczenia od 16 dnia miesiąca do ostatniego dnia miesiąca – od 15 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia do Umowy Ubezpieczenia.
- W stosunku do każdego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w certyfikacie ubezpieczenia, trwa przez okres

jednego miesiąca i jest automatycznie przedłużona na kolejny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, iż zostaną spełnione poniższe warunki:

- Ubezpieczający zgłosi Towarzystwu Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia,
- Ubezpieczający opłaci składkę za następny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej w ustalonym terminie.

8. Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia:

- Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia możliwa jest w każdym miesiącu ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku Ubezpieczonych, którym miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać:
 - od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu, pod warunkiem, że zmiana została zgłoszona w okresie od 1. do 15. dnia miesiąca kalendarzowego,
 - od 1 dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu w przypadku, gdy zmiana została zgłoszona w okresie od 16. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku Ubezpieczonych, dla których miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać od 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu.
- W formie rodzinnej Ubezpieczony główny może w każdy momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosić do objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego z zastrzeżeniem, że zmiana partnera jest możliwa po upływie 12 miesięcy liczonych od momentu ostatniej zmiany.
- W przypadku, gdy miesięczny okres ochrony ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do nowego Ubezpieczonego objętego rodzinną formą ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego pod warunkiem, że zgłoszenie nastąpiło w okresie od 1. do 15. dnia miesiąca kalendarzowego,
 - od 1. dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego gdy zgłoszenie nastąpiło w okresie od 16. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku gdy, miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do nowego Ubezpieczonego objętego rodzinną formą ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego do Ubezpieczającego.
- Zmiana formy ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia lub zgłoszenie do objęcia ochroną ubezpieczeniową nowego Ubezpieczonego w ramach istniejącego ubezpieczenia w formie rodzinnej powinno zostać zgłoszone Ubezpieczającemu za pośrednictwem internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub poprzez zgłoszenie takiego oświadczenia przez telefon, lub osobiście w placówce Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.

9. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej:

- W stosunku do każdego ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony główny ukończył 70. rok życia – w stosunku do Ubezpieczonego głównego i wszystkich wskazanych przez niego Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w formie rodzinnej,

- z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony będący współmałżonkiem albo partnerem ukończył 70. rok życia,
- z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem ukończył 26. rok życia,
- w przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego:
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego głównego – w stosunku do Ubezpieczonego głównego,
 - w stosunku do wskazanych przez Ubezpieczonego głównego Ubezpieczonych objętych ochroną w formie rodzinnej – w ostatnim dniu miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, za który została opłacona składka,
- z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego zawartej pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym głównym,
- z ostatnim dniem 3-go pełnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej następującego po miesiącu ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony główny złożył Ubezpieczającemu rezygnację z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej.

10. Opłata za ubezpieczenie:

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Opłata tytułem ubezpieczenia pobierana jest automatycznie z Twojego rachunku oszczędnościowo - rozliczeniowego, każdego miesiąca z góry za cały miesiąc ochrony ubezpieczeniowej i wynosi:
 - **Wariant Komfortowy:**
forma indywidualna – 123,00 zł
forma rodzinna – 309,00 zł
 - **Wariant Maksymalny:**
forma indywidualna – 185,00 zł
forma rodzinna – 464,00 zł

11. Wyłączenia odpowiedzialności:

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia zdrowotne wykonane z powodu stanu zdrowia Ubezpieczonego będącego następstwem:
 - działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) lub środków odurzających, substancji psychotropowych, oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów Ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii), jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie świadczenia,
 - epidemii, pandemii i skażeń chemicznych ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej, jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie świadczenia;
- Towarzystwo nie odpowiada za utrudnienia lub opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych, wynikające z uczestnictwa personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych lub opóźnieniu w realizacji świadczeń zdrowotnych.

12. Rezygnacja z ubezpieczenia:

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z automatycznego przedłużenia ubezpieczenia w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca ochrony ubezpieczeniowej przy zachowaniu 3 – miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego miesiącami ochrony ubezpieczeniowej (§ 10 pkt. 1 OWU). W tym celu należy złożyć oświadczenie o rezygnacji w formie elektronicznej za pomocą internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub w formie pisemnej osobiście w placówce Ubezpieczającego lub w formie ustnej przez telefon, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.

- Oświadczenie Ubezpieczonego głównego o rezygnacji skutkuje rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych z nią w ramach formy rodzinnej.
- W przypadku braku automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej lub jej wygaśnięcia kolejne objęcie ochroną ubezpieczeniową jest możliwe po 6 miesiącach liczonych od ostatniego dnia okresu, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem par. 6 ust. 6. OWU mZdrowie.
- Rezygnacja z ubezpieczenia nie wiąże się z dodatkowymi kosztami.

13. Zgłoszenie szkody:

- W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego prosimy o niezwłoczny kontakt z Infolinią Medyczną pod nr tel.: **+48 58 662 08 17** lub **+48 519 112 977** w celu uzgodniń placówki medycznej oraz terminu realizacji świadczenia.
- W uzgodnionym terminie zgłoś się do placówki medycznej, przedstaw dokument tożsamości i stosuj się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej Partnera Medycznego Ubezpieczyciela.
- Wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych będą dostępne i realizowane bezgotówkowo pod warunkiem, że:
 - mogą być zrealizowane z uwzględnieniem wskazań lekarskich w warunkach ambulatoryjnych;
 - istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej oraz
 - świadczenie zostało uzgodnione za pośrednictwem Infolinii Medycznej.
- W przypadku świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza placówkami medycznymi należącymi do sieci Partnera Medycznego, masz możliwość uzyskania zwrotu kosztu świadczeń zdrowotnych za usługi gwarantowane w wybranym przez Ciebie wariancie do wysokości limitu podanego w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który jest załącznikiem do OWU.
- Podstawą zwrotu kosztów wykonanych świadczeń medycznych poza placówkami medycznymi należącymi do sieci Partnera Medycznego są:
 - poprawnie wypełniony wniosek o refundację świadczeń zdrowotnych wykonanych poza siecią Partnera Medycznego. Wniosek o refundację świadczeń zdrowotnych dostępny jest na stronie internetowej Ubezpieczającego,
 - faktura / rachunek wystawiona na osobę, na rzecz której wykonane zostały świadczenia medyczne (w przypadku dziecka na rzecz opiekuna prawnego),
 - kserokopia skierowania w przypadku badań diagnostycznych. W przypadku przerwania niekompletnych danych Ubezpieczycielowi wystąpi z prośbą do Ubezpieczonego o uzupełnienie dokumentów. W takim przypadku proces wypłaty ulega zawieszeniu do czasu dostarczenia kompletnych informacji,
 - Faktura / rachunek muszą zostać wystawione na Ubezpieczonego (w przypadku dziecka na rzecz opiekuna prawnego) i posiadać min. następujące informacje:
 - nazwę świadczenia zdrowotnego
 - ilość wykonanych świadczeń danego typu
 - datę wykonania świadczenia zdrowotnego
 - koszt / cenę wykonanego świadczenia medycznego
- Wniosek o refundację wraz z fakturą / rachunkiem powinien być przysłany do Partnera Medycznego Ubezpieczyciela w ciągu 30 dni od wykonania usługi, na adres: **Medica Polska sp. z o.o. ul. Śląska 21, 81- 319 Gdynia** z dopiskiem „refundacja”.
- Wniosek o renuncjację może zostać złożony za pośrednictwem mBanku S.A. w jego placówce.
- W przypadku konieczności skorzystania ze świadczeń zdrowotnych takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, rehabilitacja, Towarzystwo wymaga przesłania skierowania na dane badanie w celu umówienia w odpowiedniej placówce medycznej dysponującej sprzętem medycznym o odpowiednich parametrach technicznych.

14. Reklamacje i Skargi:

- 1) W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy Ubezpieczenia może wnosić Reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

- 2) Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów, można ją złożyć w następujący sposób:
 - Towarzystwu BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.:
 - ustnie – telefonicznie pod nr telefonu **+48 22 444 70 00** (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: **serwis@axaubezpieczenia.pl**
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa – **BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. w Warszawie, ul. Ks. I. Skorupki 5**, albo
 - drogą pocztową na adres:
**BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.
Ul. Ks. I. Skorupki 5, 00-963 Warszawa**
- 3) Reklamacje można składać w Banku w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod nr mLinii **801 300 800** z telefonów stacjonarnych w Polsce lub **+48 426 300 800** (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) z telefonów stacjonarnych i komórkowych z całego świata albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w placówce Banku,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: **kontakt@mbank.pl**,
 - w formie pisemnej – osobiście w placówce Banku albo drogą pocztową za pośrednictwem operatora pocztowego na adres Banku:
**mBank S.A. Wydział Obsługi Klientów
Skrytka Poczta 2108, 90-959 Łódź.**
- 4) Odpowiedź Towarzystwa na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź w formie elektronicznej zostanie udzielona w przypadku gdy osoba składająca Reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
- 5) Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 6) W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej Reklamację, przy składaniu Reklamacji, należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
- 7) Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- 8) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji, Klient zostanie poinformowany (w ww. terminie) w takiej samej formie w jakiej zostanie udzielona odpowiedź na Reklamację, o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz o przewidywanym terminie rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- 9) Jeżeli osoba składająca Reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na Reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca Reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu tj. BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. według właściwości określonej w ust. 10.
- 10) Powództwo o roszczenia 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.
- 11) Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 12) Towarzystwo oraz Bank podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 13) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Towarzystwo informuje, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).