



więcej / niż standard

ubezpieczenia

m Bank Hipoteczny

Ogólne warunki

ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A.

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A.

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3 § 4 ust. 1 i 2 § 5 ust. 2 § 11, § 12, § 13, § 19
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7, § 5 ust. 3 § 8 ust. 2–4, § 14 ust. 1–4 § 16, § 17

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. (zwane dalej „OWU”) mają zastosowanie do Umowy grupowego ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. (zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”), zawartej pomiędzy **AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną** z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej „**AXA Życie**”), **AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną** z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej „**AXA Ubezpieczenia**”), łącznie zwanymi dalej „**Towarzystwami**”, a **mBankiem Hipotecznym Spółką Akcyjną** z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej „**Ubezpieczającym**”) na rzecz Kredytobiorców.
- W przypadku Wariantu Podstawowego w zakresie śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku ochrony ubezpieczeniowej udziela AXA Życie.
- W przypadku Wariantu Podstawowego w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy i Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji ochrony ubezpieczeniowej udziela AXA Ubezpieczenia.
- W przypadku Wariantu Dodatkowego w zakresie Operacji chirurgicznej, Poważnego zachorowania, Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, Utraty pracy ochrony ubezpieczeniowej udziela AXA Ubezpieczenia.
- Niniejsze OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia, określając prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia oraz Ubezpieczonych, a także regulują zasady, na jakich Towarzystwa obejmują ochroną i świadczą ochronę ubezpieczeniową dla Kredytobiorców.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) Całkowita niezdolność do pracy** (dotyczy wyłącznie osób, które nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego:
 - a) na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, pod warunkiem że pomiędzy zakończeniem okresu całkowitej niezdolności do pracy, wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, a początkiem okresu wskazanego w kolejnym orzeczeniu nie upłynął więcej niż miesiąc albo
 - b) na okres powyżej 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 2) Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** (dotyczy wyłącznie osób, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji, orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego:
 - a) na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, pod warunkiem że

między zakończeniem okresu całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, a początkiem okresu wskazanego w kolejnym orzeczeniu nie upłynął więcej niż miesiąc albo

- b) na okres powyżej 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 3) **Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – dokument w formie pisemnej zawierający oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU, zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia, a także składa pozostałe oświadczenia niezbędne do udzielenia przez Towarzystwa ochrony ubezpieczeniowej, albo zarejestrowane w systemie teleinformatycznym złożenie przez Kredytobiorcę wyżej wskazanych zgód i oświadczeń woli w trakcie rozmowy telefonicznej;
- 4) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dla Kredytobiorców:
- a) przystępujących do Umowy ubezpieczenia przed datą zawarcia Umowy kredytu – dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy,
 - b) przystępujących do Umowy ubezpieczenia po dacie zawarcia Umowy kredytu – dzień wymagalności najbliższej raty Kredytu następującej po dniu złożenia przez Kredytobiorcę Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 5) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio w przypadku:
- a) śmierci – dzień zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - c) Utraty pracy – dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku Utraty pracy uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych,
 - d) Operacji chirurgicznej – dzień przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, wskazany w karcie informacyjnej wypisu ze szpitala,
 - e) Poważnego zachorowania – data zdiagnozowania Poważnego zachorowania wskazana w dokumentacji medycznej,
 - f) pobytu w Szpitalu – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu wskazany w karcie informacyjnej wypisu ze szpitala;
- 6) **Harmonogram spłat** – obowiązujący na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dokument, stanowiący załącznik do Umowy kredytu, określający kwoty i terminy wymaganych rat spłaty Kredytu w okresie, na jaki Kredyt został udzielony;
- 7) **Kontrakt menadżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest osobiste zarządzanie przedsiębiorstwem lub jego częścią, na rachunek i ryzyko przedsiębiorcy, za wynagrodzeniem, zawarta na czas nieokreślony albo określony;
- 8) **Kredyt** – kredyt hipoteczny udzielony w złotych polskich lub w walucie innej niż złoty polski;
- 9) **Kredytobiorca** – osoba lub osoby fizyczne, będące stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy kredytu;
- 10) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wpa-

dek w rozumieniu niniejszych OWU: zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;

- 12) **Okres ochrony** – 24-miesięczny okres, liczony od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, z możliwością odnowienia po jego upływie na kolejne 12-miesięczne Okresy ochrony, o ile Ubezpieczony wyrazi taką wolę w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia lub w dowolnym momencie w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w formie pisemnej Ubezpieczającemu oraz nie złoży oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia;
- 13) **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny wymieniony poniżej, wykonany w okresie odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia:
- a) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń;
 - b) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - c) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty; termin ten nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - d) **operacja zastawek serca** – operacja kardiologiczna na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca; termin ten nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - e) **przeszczep dużych narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa) oraz płuca; wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich; dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
- 14) **Pobyt w szpitalu w wyniku choroby** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni; pobyt w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 15) **Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni; pobyt w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 16) **Poważne zachorowanie** – jedna z niżej określonych chorób, o ile ich stwierdzenie przez lekarza nastąpiło w okresie odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia:
- a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - przeszczepienie szpiku kostnego,
 - przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;

- b) **całkowita utrata wzroku** – całkowita i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu; o utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wystawienia zaświadczenia potwierdzającego całkowitą utratę wzroku;
- c) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyńowych, krwiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki; konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub – w przypadku zaniechania operacji – potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wystawienia skierowania na dializoterapię przewlekłą lub datę kwalifikacji do przeszczepu;
- e) **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczka, chłoniak złośliwy, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; nieobjęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia HIV, nieinwazyjne nowotwory in situ ani inne nowotwory skóry; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wykonania badania histopatologicznego;
- f) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% ciała;
- g) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego;
- h) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego, wywołanej nagłym przerwaniami dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 – typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 – jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 17) **rata Kredytu** – suma kwoty raty kapitałowej i należnych odsetek przypadających do spłaty zgodnie z harmonogramem wynikającym z Umowy kredytu, z wyłączeniem odsetek naliczanych za zadłużenie przeterminowane;
- 18) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie wynikające z zawartej Umowy kredytu, obejmujące niespłacony kapitał wraz z należnymi odsetkami zgodnie z Harmonogramem spłat obowiązującym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem odsetek z tytułu opóźnienia w spłacie zadłużenia; w przypadku udzielenia Kredytu indeksowanego kursem waluty obcej Saldo zadłużenia jest wyliczane w złotych polskich (PLN), według kursu przewidzianego w Umowie kredytu dla spłaty rat Kredytu obowiązującego w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 19) **Składka** – kwota należna Towarzystwom z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w Wariantcie Podstawowym, płatna miesięcznie przez Ubezpieczającego;
- 20) **Składka dodatkowa** – kwota należna AXA Ubezpieczenia z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w Wariantcie Dodatkowym, płatna miesięcznie przez Ubezpieczającego;
- 21) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystw z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 22) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka zdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 23) **Świadczenie miesięczne** – kwota świadczenia wypłacana przez AXA Ubezpieczenia miesięcznie z tytułu Umowy ubezpieczenia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Wariantcie Dodatkowym, w wysokości raty Kredytu należnej po Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z Harmonogramem spłaty Kredytu;
- 24) **Ubezpieczający** – mBank Hipoteczny S.A.;
- 25) **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach wskazanych w niniejszych OWU; w przypadku udzielenia ochrony ubezpieczeniowej kilku Kredytobiorcom (Współkredytobiorcom) w związku z jedną Umową kredytu postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do każdego ze Współkredytobiorców;
- 26) **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym;
- 27) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. nr 90001155 zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwami;
- 28) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest członkom rodziny Ubezpieczonego, z pominięciem Uposażonego, według następującej kolejności:
 a) współmałżonkowi,
 b) dzieciom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka,
 c) rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka i dzieci,
 d) rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców,
 e) spadkobiercom ustawowym w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;
- 29) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwa świadczenia, którym jest:
 a) Ubezpieczający – za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, do wysokości zobowiązania wynikającego z Umowy kredytu,
 b) w pozostałej wysokości – Ubezpieczony lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony wskazany przez Ubezpieczonego, lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia;
- 30) **Utrata pracy** – utrata stałego dochodu przez Ubezpieczonego w wyniku:
 a) utraty pracy, z przyczyn niedotyczących Ubezpieczonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony, taki że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż w pierwszą rocznicę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia; ponadto w wyniku takiej utraty pracy Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezro-

botnych, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

- b) wygaśnięcia lub rozwiązania Kontraktu menedżerskiego z przyczyn innych niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub rozwiązanie za porozumieniem stron;

31) Zdarzenie ubezpieczeniowe – jedno ze zdarzeń, objęte zakresem ochrony, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwa, mieszczące się w zakresie wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego:

- a) w przypadku Wariantu Podstawowego:
 - Pakiet 1: śmierć, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - Pakiet 2: śmierć, Całkowita niezdolność do pracy, Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji,
- b) w przypadku Wariantu Dodatkowego:
 - Pakiet „Utrata pracy”: Utrata pracy, Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - Pakiet „Choroby”: Poważne zachorowanie, Operacja chirurgiczna, Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - Pakiet „Szpital”: Pobyt w szpitalu w wyniku choroby, Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

WARIANT PODSTAWOWY

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

Pakiet 1:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- 3) Całkowita niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

Pakiet 2:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 4

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który na dzień złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia spełniał łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18. rok życia i nie ukończył 68. roku życia;
 - 2) zawarł z Ubezpieczającym Umowę kredytu;
 - 3) złożył Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia wraz z pisemnym oświadczeniem o stanie zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4 poniżej;
 - 4) Saldo zadłużenia nie przewyższa kwoty 3 000 000 zł (trzy miliony złotych), chyba że Towarzystwa wyrażą indywidualną zgodę na objęcie ochroną.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową w przypadku:
 - 1) Kredytobiorców składających Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy kredytu, jeżeli wnioskowana wysokość Kredytu mieści się w przedziale:
 - a) 700 000,01 – 1 200 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej,

- b) powyżej 1 200 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej oraz poddanie się badaniom medycznym;

2) Kredytobiorców składających pisemną Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w placówce Ubezpieczającego po dacie zawarcia Umowy kredytu, jeżeli Saldo zadłużenia:

- a) jest niższe lub równe 1 000 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej,
- b) przewyższa 1 000 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej oraz poddanie się badaniom medycznym.

3. W przypadku gdy Kredytobiorca nie zaznaczy odpowiedzi „Tak” pod złożonym pisemnie oświadczeniem o stanie zdrowia, może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie Pakietu 1.

4. W przypadku gdy Kredytobiorca zaznaczy odpowiedź „Tak” pod złożonym pisemnie oświadczeniem o stanie zdrowia zostanie objęty ochroną w zakresie Pakietu 2.

5. Koszty badań, o których mowa w ust. 2 powyżej, ponoszą Towarzystwa.

6. W przypadku wyrażenia woli:

1) ponownego objęcia ochroną przez tę samą osobę, po uprzednim wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia, tj. rezygnacji z ochrony świadczonej na podstawie niniejszych OWU, albo

2) dokonania przez Ubezpieczonego zmiany Pakietu 1 na Pakiet 2 (o ile Towarzystwa wcześniej nie odmówiły objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Pakietu 2),

Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, o ile spełni warunki opisane w ust. 1 i 2.

7. Towarzystwa mają prawo odmówić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową. O odmowie zgody na objęcie ochroną Towarzystwa poinformują Ubezpieczającego.

8. W przypadku gdy Umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jednego Kredytobiorcę, ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci wyłącznie Kredytobiorcy, którzy spełnili warunki opisane w ust. 1 i 2.

9. Jeżeli Kredytobiorca nie przeszedł pozytywnie ankiety medycznej (tzn. udzielił odpowiedzi „Tak” na przynajmniej jedno z zadanych pytań), Towarzystwa zastrzegają sobie prawo do uzyskania dodatkowych informacji od Kredytobiorcy.

10. Do momentu podjęcia decyzji o objęciu Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową na podstawie oceny, o której mowa w ust. 9 powyżej, oraz w przypadku gdy Kredytobiorca nie przejdzie pozytywnie ankiety medycznej lub badań medycznych Towarzystwa świadczą ochroną wyłącznie w zakresie Pakietu 1, z zastrzeżeniem ust. 6.

11. Potwierdzeniem objęcia ochroną jest Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 12.

12. W przypadkach określonych w ust. 2 informacja o objęciu Kredytobiorcy ochroną w ramach Pakietu 2 zostanie potwierdzona certyfikatem i przekazana Ubezpieczonemu przez Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego.

13. W przypadku składania Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przed datą zawarcia Umowy kredytu zakres ochrony ubezpieczeniowej zostanie potwierdzony przez Ubezpieczającego również w Umowie kredytu.

14. W przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie rozmowy telefonicznej informacja o objęciu Kredytobiorcy ochroną zostanie potwierdzona certyfikatem i przekazana Ubezpieczonemu przez Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego. W przypadku kilku Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu zakres świadczonej ochrony względem każdego Ubezpieczonego jest uzależniony od oceny, o której mowa w ust. 9 powyżej.

Okres odpowiedzialności Towarzystw

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystw rozpoczyna się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, właściwym ze względu na datę złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. W przypadku:

- 1) wyrażenia woli ponownego objęcia ochroną przez tę samą osobę, po uprzednim wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystw w zakresie Pakietu 2 rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, a w okresie wyżej wspomnianych 90 dni Ubezpieczony jest objęty ochroną w zakresie Pakietu 1;
 - 2) zmiany ochrony z Pakietu 1 na Pakiet 2 – odpowiedzialność Towarzystw w zakresie Pakietu 2 rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wyrażenia zgody przez Towarzystwa na objęcie ochroną w zakresie Pakietu 2.
3. Odpowiedzialność Towarzystw w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych w zakresie wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia wygasa w sytuacji, gdy nastąpiło najwcześniejsze ze zdarzeń:
- 1) dzień odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) dzień śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) upływ okresu, za który została opłacona Składka;
 - 4) dzień złożenia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia przez Ubezpieczonego;
 - 5) upływ okresu, o którym mowa w § 6 ust. 2;
 - 6) dzień wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - 7) ostatni dzień miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia;
 - 8) dzień wygaśnięcia Umowy kredytu;
 - 9) dzień całkowitej spłaty Kredytu.

Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia**§ 6**

1. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową odstąpić od objęcia go ochroną świadczoną na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem dnia, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu u Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki wpłaconej za danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu.
2. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, może wystąpić z Umowy ubezpieczenia, tzn. zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej z upływem trzymiesięcznego okresu, ze skutkiem na dzień poprzedzający dzień wymagalności czwartej raty Kredytu, następującej po złożeniu oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w takim wypadku z upływem ostatniego dnia trzeciego miesiąca, licząc od daty najbliższej raty Kredytu następującej po miesiącu, w którym nastąpiło złożenie wystąpienia z Umowy ubezpieczenia u Ubezpieczającego.
3. W przypadku gdy w związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, wygaśnięcie ochrony względem jednego z nich z przyczyn wskazanych w ust. 1 i 2 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych.
4. O ile Ubezpieczony wyraził taką wolę w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, po upływie danego Okresu ochrony, ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana na kolejne okresy, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal spełnia warunki objęcia go ochroną ubezpieczeniową opisane w niniejszych OWU, a Ubezpieczający opłaca Składkę za Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 6.
5. W przypadku zmiany warunków ochrony ubezpieczeniowej każdy Ubezpieczony zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego o zmienionych warunkach przed rozpoczęciem kolejnego Okresu ochrony.
6. W przypadku niewyrażenia zgody na zmianę warunków przez danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana na kolejne Okresy ochrony i wygaśnie z końcem bieżącego Okresu ochrony.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystw**§ 7**

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA Życie jest zwolniona z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu lub aktach przemocy, chyba że jego udział w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat, liczonych od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) następujących chorób lub niepełnosprawności:
 - a) chorób niedokrwiennych serca,
 - b) zawału serca,
 - c) choroby wieńcowej,
 - d) chorób tętnic,
 - e) miażdżycy i tętniaka,
 - f) chorób naczyń mózgowych,
 - g) udaru mózgu,
 - h) choroby nadciśnieniowej,
 - i) zaburzeń rytmu serca,
 - j) chorób nowotworowych,
 - k) padaczki,
 - l) cukrzycy;
 - m) gruźlicy,
 - n) niewydolności nerek,
 - o) zwłóknienia i marskości wątroby,
 - p) chorób trzustki,
 - q) AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV,
 - r) wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C,
 - s) sepsy,
 - t) chorób psychicznych;
 zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed złożeniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku AXA Życie jest zwolniona z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu lub aktach przemocy, chyba że jego udział w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;

- 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji AXA Ubezpieczenia jest zwolniona z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu lub aktach przemocy, chyba że jego udział w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 8) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
4. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz

samodzielnej egzystencji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem AXA Ubezpieczenia jest zwolniona z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu lub aktach przemocy, chyba że jego udział w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 4) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 5) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
- 6) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego.

Suma ubezpieczenia oraz wysokość świadczenia

§ 8

1. Suma ubezpieczenia z tytułu poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych równa jest Saldu zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu 1 Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wynosi 1000 zł.
3. W przypadku gdy z związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową objętych jest kilku Ubezpieczonych, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi z uwzględnieniem proporcji wynikającej z poziomu udokumentowanych rocznych dochodów wszystkich Ubezpieczonych za rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym miało miejsce Zdarzenie ubezpieczeniowe. Podział Sumy ubezpieczenia nie dotyczy Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2 powyżej.

4. W przypadku gdy nie zostaną dostarczone informacje, o których mowa w ust. 3, podział Sumy ubezpieczenia zostanie dokonany z uwzględnieniem proporcji dochodów wszystkich Ubezpieczonych z Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Wypłata świadczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego jednego z Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych, pod warunkiem dalszego opłacania za nich Składki przez Ubezpieczającego.

Składka

§ 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę w terminach i wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, na wskazane rachunki Towarzystw.
2. Składka za danego Ubezpieczonego jest należna za Okres ochrony, w którym Towarzystwa udzielały danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość Składki jest uzależniona od Salda kredytu przypadającego na dzień należności Składki i stawki Składki podanej w Umowie ubezpieczenia.
4. Wysokość należnej Składki nie zależy od liczby Kredytobiorców, którzy w ramach tej samej umowy Kredytu przystąpili do Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w dacie zawarcia Umowy kredytu pierwsza Składka należna jest w dniu uruchomienia Kredytu lub wypłaty pierwszej transzy Kredytu za okres od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wymagalności najbliższej raty Kredytu. Kolejne Składki należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu, za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.
6. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową po zawarciu Umowy kredytu pierwsza Składka należna jest w dniu wymagalności najbliższej raty Kredytu następującej po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Kolejne Składki należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu, za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.

Uposażony

§ 10

1. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych.
2. W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając pisemne oświadczenie Towarzystwom za pośrednictwem Ubezpieczającego.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 11

1. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci, śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest dostarczenie do AXA Życie następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;

- 3) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego);
- 4) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
- 5) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej;
- 6) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub adresów placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia;
- 7) kopii protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), kopii dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte;
- 8) kopii dokumentów potwierdzających roczne dochody wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu – za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) kopii odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopii zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia – w razie gdy Uprawiony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, w przypadku o którym mowa w § 2 pkt 28) lit. e).

2. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji (dotyczy również zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem) jest dostarczenie do AXA Ubezpieczenia następujących dokumentów:

- 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kopii orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Całkowitej niezdolności do pracy;
 - 4) kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia będącego przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy poświadczonej za zgodność z oryginałem; w przypadku przedłożenia innych dokumentów, w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.), konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie, protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokołu BHP, protokołu policyjnego, notatki służbowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte;
 - 5) kopii dokumentów potwierdzających roczne dochody każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu – za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku gdy Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji została orzeczona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, AXA Ubezpieczenia wypłaci świadczenie nie wcześniej niż z dniem przedłożenia drugiego orzeczenia.

WARIANT DODATKOWY

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 12

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie oraz dochody Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

Pakiet „Utrata pracy”

- 1) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w okresie pierwszych 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,

- 2) Utrata pracy – po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;

Pakiet „Choroby”

- 1) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – w okresie pierwszych 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- 2) Poważne zachorowanie – po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- 3) Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego – po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;

Pakiet „Szpital”

- 1) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- 2) Pobyt w szpitalu w wyniku choroby – po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 13

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który na dzień złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia spełniał łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18. rok życia i nie ukończył 68. roku życia oraz
 - 2) jest objęty ochroną ubezpieczeniową w Wariantcie Podstawowym lub złożył Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w Wariantcie Dodatkowym wraz z Deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia w wariantcie Podstawowym.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Pakietu „Utrata pracy” jest udzielana wówczas, gdy Ubezpieczony na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, na czas nieokreślony lub na czas określony na okres nie krótszy niż 12 miesięcy lub posiada Kontrakt menedżerski na okres nie krótszy niż 12 miesięcy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Pakietu „Choroby” jest udzielana wówczas, gdy na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego głównym źródłem dochodu Ubezpieczonego jest prowadzona pozarolnicza działalność gospodarcza na własny rachunek.
4. Poza przypadkami, o których mowa powyżej w ust. 2 i 3, AXA Ubezpieczenia udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pakietu „Szpital”.
5. AXA Ubezpieczenia ma prawo odmówić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową. O odmowie zgody na objęcie ochroną AXA Ubezpieczenia poinformuje Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego.
6. W przypadku gdy Umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jednego Kredytobiorcę, ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci wyłącznie Kredytobiorcy, którzy spełnili warunki opisane w ust. 1.
7. Potwierdzeniem objęcia ochroną jest Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. W przypadku składania Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przed datą zawarcia Umowy kredytu zakres ochrony ubezpieczeniowej zostanie potwierdzony przez Ubezpieczającego również w Umowie kredytu.
9. W przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie rozmowy telefonicznej, informacja o objęciu Kredytobiorcy ochroną zostanie potwierdzona certyfikatem i przekazana Ubezpieczonemu przez AXA Ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.

Okres odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia

§ 14

1. Odpowiedzialność AXA Ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie Utraty pracy, Poważnego zachorowania i Operacji chirurgicznej – po upływie 90. dnia od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, właściwego ze względu na datę złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, określoną zgodnie z § 2 pkt 4);

- 2) w zakresie Pobytu w szpitalu w wyniku choroby – po upływie 30. dnia od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, właściwego ze względu na datę złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, określoną zgodnie z § 2 pkt 4);

- 3) w zakresie Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, właściwego ze względu na datę złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, określoną zgodnie z § 2 pkt 4).

2. Odpowiedzialność AXA Ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych w zakresie wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia wygasa w sytuacji, gdy nastąpiło najwcześniejsze ze zdarzeń:

- 1) dzień odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;

- 2) dzień śmierci Ubezpieczonego;

- 3) upływ okresu, za który została opłacona Składka dodatkowa;

- 4) dzień złożenia przez Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od objęcia go ochroną ubezpieczeniową w Wariantcie Dodatkowym;

- 5) upływ okresu, o którym mowa w § 15 ust. 2;

- 6) ostatni dzień miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia;

- 7) dzień wygaśnięcia Umowy kredytu;

- 8) dzień całkowitej spłaty Kredytu;

- 9) dzień wygaśnięcia ochrony w Wariantcie Podstawowym.

3. W Pakietach „Utrata pracy” oraz „Choroby” ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wygasa z upływem 90. dnia od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

4. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

5. O ile Ubezpieczony wyraził taką wolę w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, po upływie danego Okresu ochrony ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana na kolejne okresy, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal spełnia warunki objęcia go ochroną ubezpieczeniową opisane w niniejszych OWU, a Ubezpieczający opłaca Składkę za Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7.

6. W przypadku zmiany warunków ochrony każdy Ubezpieczony zostanie poinformowany przez Ubezpieczającego o zmienionych warunkach przed rozpoczęciem kolejnego Okresu ochrony.

7. W przypadku niewyrażenia zgody na zmianę warunków przez danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana na kolejne Okresy ochrony i wygaśnie z końcem bieżącego Okresu ochrony.

Rezygnacja z Wariantu Dodatkowego

§ 15

1. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową odstąpić od objęcia go ochroną świadczoną w Wariantcie Dodatkowym. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem dnia, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu u Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki dodatkowej wpłaconej za danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu.

2. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, może w każdym momencie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w Wariantcie Dodatkowym, z trzymiesięcznym okresem ze skutkiem na dzień poprzedzający dzień wymagalności czwartej raty Kredytu, następującej po złożeniu oświadczenia o rezygnacji z ochrony w Wariantcie Dodatkowym. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa ze skutkiem na dzień poprzedzający dzień wymagalności czwartej raty Kredytu następującej po złożeniu oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w Wariantcie Dodatkowym.

3. W przypadku gdy w związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową w Wariantcie Dodatkowym objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, wygaśnięcie ochrony względem jednego z nich z przy-

czyn wskazanych w ust. 1 i 2 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych.

4. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego w Wariancie Dodatkowym kolejne objęcie ochroną w Wariancie Dodatkowym nie jest możliwe.

Wyłączenia odpowiedzialności AXA Ubezpieczenia

§ 16

1. Odpowiedzialność AXA Ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy jest wyłączona, jeżeli:
 - 1) do dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - 2) Ubezpieczony przed złożeniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w Wariancie Dodatkowym został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanych z tym faktem zmianach sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczących Ubezpieczonego;
 - 3) Utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę w związku z upływem czasu, na który została zawarta, rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego na mocy porozumienia stron, z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. nr 90, poz. 844 ze zm.);
 - 4) wypowiedzenie umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę nastąpiło bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;
 - 5) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącym dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony jest współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub jest członkiem organów zarządzających przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego;
 - 6) Utrata pracy wynika z powodu: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy i terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy i terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) Utrata pracy nastąpiła w wyniku rozwiązania stosunku pracy na skutek złożenia wypowiedzenia Ubezpieczonemu przez pracodawcę przed dniem złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w Wariancie Dodatkowym;
 - 8) Utrata pracy nastąpiła na skutek rozwiązania przez Ubezpieczonego lub na jego wniosek stosunku służbowego;
 - 9) Utrata pracy nastąpiła na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z winy pracownika w trybie art. 52 Kodeksu pracy, lub bez wypowiedzenia w trybie art. 53 Kodeksu pracy, a w przypadku stosunku służbowego – na skutek wypowiedzenia Ubezpieczonemu stosunku służbowego na podstawie odpowiednich przepisów prawa polskiego, w sytuacji gdy zwolnienie nastąpiło na skutek okoliczności, które stanowią ustawową przesłankę zwolnienia Ubezpieczonego ze służby;
 - 10) Utrata pracy nastąpiła z powodu rozwiązania umowy o pracę zawartej na czas określony lub okres próbny z okresem, na który została zawarta, a w przypadku umów zawartych na czas wykonania określonej pracy – z powodu ich rozwiązania z dniem wykonania pracy, na wykonanie której została zawarta, z zastrzeżeniem że rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego nastąpiło, pomimo iż strony poprzednio dwukrotnie zawarły umowę o pracę na czas określony na następujące po sobie okresy, o ile przerwa między rozwiązaniem poprzedniej a nawiązaniem kolejnej umowy o pracę nie przekroczyła jednego miesiąca;
- 11) Ubezpieczony nie uzyskał statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku lub ten status utracił.
2. Odpowiedzialność AXA Ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona, jeżeli jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu lub aktach przemocy, chyba że jego udział w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
 - 10) następujących chorób i niepełnosprawności:
 - a) chorób niedokrwiennych serca,
 - b) zawału serca,
 - c) choroby wieńcowej,
 - d) chorób tętnic,
 - e) miażdżycy,
 - f) tętniaka,
 - g) chorób naczyń mózgowych,
 - h) udaru mózgu,
 - i) choroby nadciśnieniowej,
 - j) zaburzeń rytmu serca,
 - k) chorób nowotworowych,
 - l) padaczki,

- m) cukrzycy,
 - n) niewydolności nerek,
 - o) zwłóknienia i marskości wątroby,
 - p) chorób trzustki,
 - q) AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV,
 - r) wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C,
 - s) gruźlicy,
 - t) sepsy,
 - u) chorób psychicznych,
- zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia oświadczenia woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 11) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w Szpitalu jest:
 - 1) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiego uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba ani obrażenia ciała;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 4) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 5) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
 4. Odpowiedzialność AXA Ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania albo Operacji chirurgicznej jest wyłączona, jeżeli jest skutkiem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 3) działania Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), o ile stan ten miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;
 - 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę;
 - 5) usiłowania popełnienia samobójstwa lub skutków próby popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego w terminie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 6) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 8) wojny, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach;
 - 9) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka;
 - 10) uprawiania dyscyplin sportowych będących źródłem dochodu Ubezpieczonego;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a fakt ten miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;

- 12) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- 13) wad wrodzonych, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, i schorzeń będących ich skutkiem;
- 14) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 15) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Suma ubezpieczenia oraz wysokość świadczenia

§ 17

Świadczenia z tytułu Utraty pracy

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy wynosi 72 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
2. Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy jest równe wysokości raty Kredytu, nie więcej niż 12 000 zł.
3. Pierwsze Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy przysługuje Ubezpieczonemu po upływie 30 dni pozostawania bez pracy. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku

4. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wynosi 72 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
5. Świadczenie miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku jest równe wysokości raty Kredytu.
6. Pierwsze Świadczenie miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku jest płatne po 5-dniowym nieprzerwanym pobycie w szpitalu.
7. Kolejne Świadczenia miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku płatne są za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, jednak nie dłużej niż do końca trwania umowy Kredytu.
8. AXA Ubezpieczenia wypłaci maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych w Okresie ochrony.

Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania

9. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania wynosi 72 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
10. Świadczenie miesięczne z tytułu Poważnego zachorowania jest równe wysokości raty Kredytu i w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi 6 kolejnych rat Kredytu następujących po Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z aktualnym Harmonogramem spłaty Kredytu.
11. W przypadku Poważnego zachorowania Świadczenie miesięczne jest wypłacane za okresy począwszy od Dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przez kolejne 6 miesięcy, jednak nie dłużej niż do końca trwania umowy Kredytu.

Świadczenia z tytułu Operacji chirurgicznych

12. Suma ubezpieczenia z tytułu Operacji chirurgicznej wynosi 72 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
13. Świadczenie miesięczne z tytułu Operacji chirurgicznej jest równe wysokości raty Kredytu i w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi 6 kolejnych rat Kredytu następujących po Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z aktualnym Harmonogramem spłaty Kredytu.

14. W przypadku Operacji chirurgicznej Świadczenie miesięczne jest wypłacane za okresy począwszy od Dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przez kolejne 6 miesięcy, jednak nie dłużej niż do końca trwania umowy Kredytu.

Składka dodatkowa

§ 18

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę dodatkową w terminach i wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia na rachunek AXA Ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa za danego Ubezpieczonego jest należna za Okres ochrony, w którym AXA Ubezpieczenia udzielała danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość Składki dodatkowej jest uzależniona od Salda kredytu na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wymagalności najbliższej raty Kredytu. Kolejne Składki dodatkowe należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu, za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.
4. Wysokość należnej Składki dodatkowej nie zależy od liczby Kredytobiorców, którzy zawarli tę samą Umowę kredytu i przystąpili do Umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w dacie zawarcia Umowy kredytu pierwsza Składka dodatkowa należna jest w dniu uruchomienia Kredytu lub wypłaty pierwszej transzy Kredytu za okres od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wymagalności najbliższej raty Kredytu. Kolejne Składki dodatkowe należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu, za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.
6. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową po zawarciu Umowy kredytu pierwsza Składka dodatkowa należna jest w dniu wymagalności najbliższej raty Kredytu następującej po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Kolejne Składki dodatkowe należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.

Wypłata świadczenia

§ 19

1. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu **Utraty pracy** jest dostarczenie do AXA Ubezpieczenia następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) zaświadczenia lub kopii decyzji z urzędu pracy informujących o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
 - 4) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy;
 - 5) kopii ostatniej umowy o pracę lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty;
 - 6) w przypadku pozytywnej decyzji AXA Ubezpieczenia – przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność raty;
 - 7) kopii umowy Kredytu wraz z Harmonogramem spłaty aktualnym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** lub **Operacji chirurgicznej** jest dostarczenie do AXA Ubezpieczenia następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania lub Operacji chirurgicznej;
 - 4) dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, mającej związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją chirurgiczną, które dotyczą zgłoszonego roszczenia;

- 5) kopii umowy Kredytu wraz z Harmonogramem spłaty aktualnym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Podstawą rozpatrzenia zasadności roszczenia z tytułu **Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku** jest dostarczenie do AXA Ubezpieczenia następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopii karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne, wydanych przez lekarza prowadzącego;
 - 4) historii pobytu w Szpitalu wraz z kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) dokumentacji medycznej obejmującej okres sprzed dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, mającej związek z Pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) kopii umowy Kredytu wraz z Harmonogramem spłaty aktualnym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W celu potwierdzenia Poważnego zachorowania albo Operacji chirurgicznej AXA Ubezpieczenia ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza medycyny wskazanego przez AXA Ubezpieczenia. Koszt tych badań ponosi AXA Ubezpieczenia.
5. W przypadku gdy w ramach tej samej umowy Kredytu przystąpi do Umowy ubezpieczenia więcej niż jeden Kredytobiorca, AXA Ubezpieczenia wypłaci świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego proporcjonalnie do liczby Kredytobiorców i Sumy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 20

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie jej trwania, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwa otrzymały oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwa nie poinformowały Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Towarzystwa udzielały ochrony ubezpieczeniowej.
4. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia składane jest Towarzystwom w formie pisemnej.
5. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki za okres, w którym Towarzystwa udzielały ochrony ubezpieczeniowej.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystw

§ 21

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki oraz Składki dodatkowej za wszystkich Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania Ubezpieczonemu informacji pisemnie lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób o warunkach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego, a także o zmianie warunków ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na prawa i obowiązki Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępniania Ubezpieczonemu formularzy oraz przyjmowania dokumentów związanych z Umową ubezpieczenia od Ubezpieczonego i przekazywania ich Towarzystwom.
4. Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed złożeniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia oraz wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu Składki ubezpieczeniowej, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku warunki ubezpieczenia wraz załącznikami.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonym, na piśmie lub na innym trwałym nośniku, informacji o zmianach warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwa zobowiązane są do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Wypłata świadczenia

§ 22

1. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwa wypłacą świadczenie Uprawnionemu, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego.
2. Towarzystwa zobowiązane są do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwa wypłacą świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwa wypłacą w terminie, o którym mowa w ust. 2.
5. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwa w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
6. Podstawą do wypłaty świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów, poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.
7. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem w Towarzystwie, muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. W przypadku udzielenia Kredytu indeksowanego kursem waluty obcej wypłata świadczenia nastąpi w złotych polskich według Tabeli kursów walut mBanku S.A., obowiązującej na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Towarzystwa są uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystw lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.
10. Dokumenty, o których mowa § 11 i § 19, Ubezpieczony lub Uprawniony może złożyć za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio do Towarzystw:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku na poniższy adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA

- 2) w przypadku pozostałych ryzyk na poniższy adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

11. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystw:
do AXA Życie – pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku albo drogą mailową na adres: ubezpieczenia@axa.pl;
do AXA Ubezpieczenia – pod numer telefonu 22 459 10 00 w dni robocze od poniedziałku do piątku albo drogą mailową na adres: serwis@axaubezpieczenia.pl.

Skargi i reklamacje

§ 23

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnosić Reklamacje.
Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystw, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:

AXA Życie TU S.A.:

 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA Życie,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - drogą pocztową na adres:
AXA Życie TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.:

 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 444 70 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA Ubezpieczenia,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: serwis@axaubezpieczenia.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - drogą pocztową na adres:
AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
3. Reklamacje składa się do zarządów Towarzystw. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystw obsługującej klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli 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 razie 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 udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia Reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

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. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w § 25 poniżej, w zależności od tego, którego z Towarzystw dotyczyła Reklamacja.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwa podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 24

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2014, poz. 851 z późn. zm.).

Właściwość sądowa

§ 25

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.

Postanowienia końcowe

§ 26

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej AXA Życie publikowane będą na stronie internetowej AXA Życie.
3. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia Życie Plus Praca dla Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 1/24/08/2016 z dnia 24 sierpnia 2016 r. oraz uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr AXAU/2016/8/5/15 z dnia 30 sierpnia 2016 r. i mają zastosowanie od dnia 1 września 2016 r.

Informacja prawna

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Ubezpieczyciel informuje, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. lub AXA Życie TU S.A. 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).