



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Karta produktu

ubezpieczenia spłaty karty Plus dla Posiadaczy kart mBanku S.A.

W karcie produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu spłaty karty Plus oferowanym Posiadaczom kart mBanku S.A. Karta produktu nie jest elementem Umowy ubezpieczenia ani materiałem marketingowym. Karta produktu została przygotowana przez AXA 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

- AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., Warszawa (00-867), ul. Chłodna 51.

2. Ubezpieczony

- Posiadacz karty, który zawarł z mBankiem S.A. Umowę o korzystanie z karty, a także przystąpił do Umowy ubezpieczenia i jednocześnie ukończył 18. roku życia i nie ukończył 70. roku życia.

3. Rola Banku

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

4. Umowa ubezpieczenia

- Ubezpieczenie oferowane w formie grupowej.
- Nr polisy generalnej 9000085.

5. Informacje podstawowe o Umowie ubezpieczenia

Ubezpieczenie spłaty karty Plus ma charakter ochronny.

a) Warunki przystąpienia do Umowy ubezpieczenia:

- Do Umowy ubezpieczenia możesz przystąpić w każdym momencie poprzez złożenie oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, ustnej przez telefon lub w formie elektronicznej, o ile Bank udostępni taką funkcjonalność. Dodatkowo, aby przystąpić do Umowy ubezpieczenia musisz mieć ukończone 18 lat i nieukończone 70 lat.

b) Cel ubezpieczenia/zakres i suma ubezpieczenia:

- Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Opis	Suma ubezpieczenia
Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Jeżeli nastąpiła w okresie 180 dni kalendarzowych od daty nieszczęśliwego wypadku. Przez nieszczęśliwy wypadek rozumie się: nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego. UWAGA! Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego.	Saldo zadłużenia pozostające do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 105% przyznanego limitu kredytowego.
Całkowita niezdolność do pracy	Przez całkowitą niezdolność do pracy rozumie się: w przypadku osób niemających ustanowionego prawa do renty lub emerytury – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie orzeczoną pierwszorazowo, na okres powyżej 24 miesięcy, przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie; w przypadku osób mających ustanowione prawo do renty lub emerytury – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji orzeczoną pierwszorazowo, na okres powyżej 24 miesięcy, przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie.	Saldo zadłużenia pozostające do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 105% przyznanego limitu kredytowego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Opis	Suma ubezpieczenia
Czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	Przez czasową niezdolność do pracy spowodowaną pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku rozumie się: niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowaną pobytem w szpitalu, trwającym co najmniej 14 dni, w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, potwierdzoną dokumentacją leczenia szpitalnego.	12 minimalnych kwot spłaty należnych z tytułu Umowy o korzystanie z karty w okresie ubezpieczenia, po dniu zajścia zdarzenia, nie więcej niż 60% przyznanego limitu kredytowego.
Czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim	Przez czasową niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzoną zwolnieniem lekarskim rozumie się: Niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia pracy zarobkowej, poświadczona przez lekarza wydaniem zwolnienia lekarskiego lub zwolnień lekarskich na nieprzerwany okres nie krótszy niż 30 dni.	12 minimalnych kwot spłaty należnych z tytułu Umowy o korzystanie z karty w okresie ubezpieczenia, po dniu zajścia zdarzenia, nie więcej niż 60% przyznanego limitu kredytowego.

6. Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

- W przypadku przystąpienia do Umowy ubezpieczenia w dniu zawarcia Umowy o korzystanie z karty ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – z dniem zawarcia Umowy o korzystanie z karty;
 - w przypadku całkowitej niezdolności do pracy w wyniku choroby, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – po upływie 30 dni od dnia zawarcia Umowy o korzystanie z karty.
- W przypadku przystąpienia do Umowy ubezpieczenia po dniu zawarcia Umowy o korzystanie z karty, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – z pierwszym dniem następującym po dniu złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia;
 - w przypadku całkowitej niezdolności do pracy w wyniku choroby, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – po upływie 30 dni od dnia złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia.

7. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:

- z chwilą Twojej śmierci,
- z dniem rozwiązania Umowy o korzystanie z karty,
- z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia pomiędzy Bankiem a Ubezpieczycielem,
- z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka,
- z końcem okresu, za który została zapłacona składka – w przypadku wystąpienia przez Ciebie z Umowy ubezpieczenia,
- z ostatnim dniem cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia.

8. Opłata za ubezpieczenie

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Opłata tytułem ubezpieczenia jest płatna co miesiąc i zgodnie z obowiązującą taryfą opłat i prowizji banku wynosi **0,50%** od kwoty salda zadłużenia na ostatni dzień danego cyklu rozliczeniowego. Do salda zadłużenia nie są wliczane transakcje niezaksięgowane.
- Opłata tytułem ubezpieczenia pobierana jest z rachunku karty w dniu wygenerowania wyciągu.

9. Wypłata świadczeń

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- W przypadku ubezpieczenia spłaty karty Plus, uprawnionym do odbioru świadczenia, pod warunkiem że zostanie on przez Ciebie wskazany, jest mBank S.A.

- Masz prawo do zmiany uposażonych w każdej chwili trwania Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone następujące świadczenie:
 - śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowita niezdolność do pracy** – równowartość salda zadłużenia pozostającego do spłaty na rzecz Banku w dniu śmierci Ubezpieczonego, nie więcej niż 105% przyznanego limitu kredytowego,
 - czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku trwająca co najmniej 14 dni i nie dłużej niż 30 dni** – jedna minimalna kwota spłaty przypadająca do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku trwająca dłużej niż 30 dni** – świadczenie w wysokości minimalnych kwot spłaty przypadających do zapłaty podczas Twojego pobytu w szpitalu, jednak każdorazowo nie więcej niż pierwsza minimalna kwota spłaty przypadającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim trwającym 30 dni** – jedna minimalna kwota spłaty przypadająca do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim trwającym dłużej niż 30 dni** – świadczenie w wysokości minimalnych kwot spłaty przypadających do zapłaty podczas Twojego zwolnienia lekarskiego, jednak każdorazowo nie więcej niż pierwsza minimalna kwota spłaty przypadającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

10. Wyłączenia odpowiedzialności

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji i epilepsji;
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - zażycia przez Ubezpieczonego środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - wojny, działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach, rozruchach;

- 10) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) 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;
 - 12) 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;
 - 13) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 14) wad wrodzonych, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 15) 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 choćby 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 wyznaczonymi 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, wspinaczka wysokogórska, 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;
 - 16) uprawiania dyscyplin sportowych będących źródłem dochodu Ubezpieczonego;
 - 17) uczestnictwa Ubezpieczonego w wyścigach samochodowych, konkursach sportowych, rajdach, treningach, jazdach próbnych, a także w próbach szybkościowych;
 - 18) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem następujących chorób lub niepełnosprawności: chorób niedokrwiennych serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, choroby psychicznej, zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia, i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwicy.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
- 1) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu 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 lub obrażenia ciała;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 4) leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwicy;
 - 5) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim związana jest z pobytem w szpitalu, którego celem jest:
- 1) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu 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 jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 4) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

11. Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia

Uwaga. Ważne! Prosimy o uważną lekturę niniejszego punktu.

- Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami dla Ubezpieczonego i nie powoduje zmiany warunków zawartej Umowy o korzystanie z karty.
- Możesz wystąpić z Umowy ubezpieczenia, tj. zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. W tym celu niezbędne jest złożenie oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, ustnej przez telefon lub w formie elektronicznej, o ile Bank udostępni taką funkcjonalność;
- Jeśli złożono oświadczenie o wystąpieniu ochrona ubezpieczeniowa kończy się z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono opłatę.
- W przypadku wystąpienia z Umowy ubezpieczenia ponownie można przystąpić do ubezpieczenia nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

12. Zgłoszenie roszczenia

W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku prosimy o złożenie kopii dokumentów, o których mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia, do AXA Życie na poniższy adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

**ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa**

Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA

Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń należy kierować do AXA Życie pod numer telefonu **+48 22 555 05 06** lub **801 200 200** w dni robocze od poniedziałku do piątku lub na adres e-mail: **ubezpieczenia@axa.pl**.

W przypadku pozostałych ryzyk prosimy o złożenie kopii dokumentów, o których mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia, do AXA Ubezpieczenia na poniższy adres:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

**ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa**

Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń należy kierować do AXA Ubezpieczenia pod numer telefonu **+48 22 459 10 00** w dni robocze od poniedziałku do piątku lub na adres e-mail:

likwidacjaszkod@axaubezpieczenia.pl.

Zgłoszenie roszczenia ubezpieczeniowego możesz również dokonać za pośrednictwem mBanku S.A. w jego placówce.

Roszczenie z Umowy ubezpieczenia należy zgłosić najszybciej jak to możliwe.

W przypadku roszczenia z tytułu śmierci, śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku konieczne 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 Uprawnionych 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 Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, w przypadku o którym mowa w §2 pkt 21 lit. e) OWU.

W przypadku roszczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji (dotyczy również zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem) konieczne 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.

W przypadku roszczenia z tytułu Utraty pracy konieczne 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 informującej o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania za-siłku;
- 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 Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność raty;
- 7) kopia umowy Kredytu wraz z Harmonogramem spłaty aktualnym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przypadku roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania lub Operacji chirurgicznej konieczne jest przedstawienie 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 przystąpienia do Umowy 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.

W przypadku roszczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku konieczne 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 przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, mającej związek z Poważnym zachorowaniem lub Operacją chirurgiczną;
- 6) kopii umowy Kredytu wraz z Harmonogramem spłaty aktualnym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jeśli pomimo zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia, Bank na Twój

wniosek albo Twoich następców prawnych dokona cesji roszczenia o wypłatę świadczenia odpowiednio na Twoją rzecz albo Twoich następców prawnych.

13. 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 Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- 2) Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów, można ją złożyć w następujący sposób:
 - Ubezpieczycielowi: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu **+48 22 444 70 00** (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: **serwis@axaubezpieczenia.pl**
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: **AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. w Warszawie, ul. Chłodna 51**, albo
 - drogą pocztową na adres: **AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa**
- 3) Reklamacje można składać w Banku w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numer 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 Ubezpieczyciela 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, Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciel 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 od dnia otrzymania Reklamacji, Klient zostanie poinformowany (w wyżej wymienionym terminie) w takiej samej formie, w jakiej zostanie udzielona odpowiedź na Reklamację, o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone do 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczycielowi, tj. AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w pkt 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) Ubezpieczyciel oraz Bank podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 13) 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).