



Ubezpieczenia życia i zdrowia

Spis treści

1. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie

- Co oznaczają te pojęcia?
- Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania
- Uprawniony
- Składka
- Nasza odpowiedzialność
- Zakończenie umowy
- Zmiana wariantu
- Twoje i nasze obowiązki
- Wypłata świadczenia
- Reklamacje
- Postanowienia końcowe
- Dane kontaktowe

2. Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu

- Co oznaczają te pojęcia?
- Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania
- Składka
- Pomoc assistance
- Nasza odpowiedzialność
- Zakończenie umowy
- Zmiana wariantu
- Twoje i nasze obowiązki
- Wypłata świadczenia
- Reklamacje
- Postanowienia końcowe
- Załącznik – Wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową
- Dane kontaktowe

3. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla Ciebie i Partnera

- Co oznaczają te pojęcia?
- Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania
- Składka
- Uprawniony
- Nasza odpowiedzialność
- Zakończenie umowy
- Zmiana wariantu
- Twoje i nasze obowiązki
- Wypłata świadczenia
- Reklamacje
- Postanowienia końcowe
- Dane kontaktowe

4. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

- Co oznaczają te pojęcia?
- Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania
- Składka
- Pomoc assistance
- Nasza odpowiedzialność
- Zakończenie umowy
- Zmiana wariantu
- Twoje i nasze obowiązki
- Wypłata świadczenia
- Reklamacje
- Postanowienia końcowe
- Dane kontaktowe



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



ubezpieczenie
na życie

Indeks 2019/05

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji

Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

część I

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

część V



OWU stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie.

OWU, wniosek o zawarcie umowy oraz polisa stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	3
III. Uprawniony	4
IV. Składka	4
V. Nasza odpowiedzialność	4
VI. Zakończenie umowy	5
VII. Zmiana wariantu	5
VIII. Twoje i nasze obowiązki	6
IX. Wypłata świadczenia	6
X. Reklamacje	6
XI. Postanowienia końcowe	7
Dane kontaktowe	7

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Klient w wieku 18–65 lat, mieszkający na stałe w Polsce, który ma rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A. i składa wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia.



My

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



Wniosek

Dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- 1) Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć w okresie trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku Twojej śmierci wypłacimy świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanym przez Ciebie uprawnionym.
- 2) Możesz wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia, które różnią się wysokością sumy ubezpieczenia. Możesz go zmienić w każdej chwili – szczegóły w części VII.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Śmierć	100 000 zł	200 000 zł	300 000 zł

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

- 1) Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, gdy zaakceptujemy Twój wniosek i gdy opłacisz pierwszą składkę.
- 2) Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, zostaniesz o tym przez nas poinformowany.
- 3) Gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę, otrzymasz polisę na adres mailowy podany we wniosku.
- 4) Jeśli w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku nie opłacisz pierwszej składki, anulujemy Twój wniosek. Będziesz go musiał złożyć ponownie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia.
- 5) Możesz zawrzeć tylko jedną umowę ubezpieczenia na podstawie tych OWU.
- 6) Jeśli zawarłeś już umowę ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia Życie 24h dla Klientów mBanku S.A., łączna suma ubezpieczenia w takiej umowie i nowej umowie zawieranej na podstawie niniejszych OWU nie może przekraczać 500 000 zł.

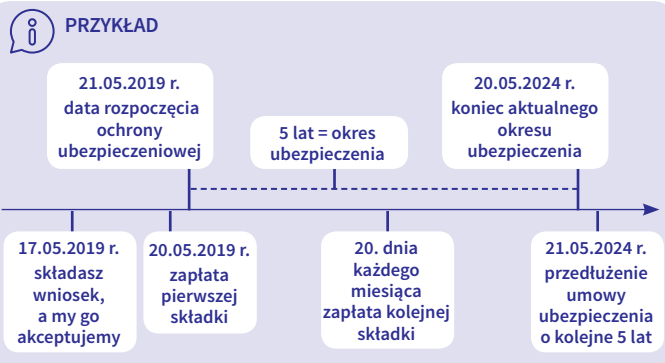
- 7) Dopuszczamy przekroczenie limitu określonego w pkt 6). W takim przypadku wymagana jest nasza indywidualna akceptacja Twojego wniosku. Zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym przez Ciebie wariantem potwierdzimy polisą.

2. Jak długo będziesz chroniony?

- 1) Umowę zawieramy na 5 lat (okres ubezpieczenia). Okres ten liczymy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następujący po dniu, w którym zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę; datę tę wskazujemy w polisie

- 2) Twoja umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, pod warunkiem że nie ukończysz 65 lat w dniu, w którym ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, i zgodziłeś się na to we wniosku.
- 3) Na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia prześlemy Ci na piśmie lub mailem:
 - a) propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres; wysyłając propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia poinformujemy Cię, czy przedłuża się ona na tych samych warunkach, czy na innych – jeśli na innych, powiadomimy Cię, co ulegnie zmianie, albo
 - b) informację, że nie będziemy kontynuować umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia na warunkach przedstawionych w propozycji zostanie przedłużona o kolejny okres ubezpieczenia z chwilą zapłaty składki, w wysokości i terminie wskazanych w propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.



3. Jakie mogą być skutki podania przez Ciebie nieprawdziwych informacji?

- 1) Pamiętaj, że powinieneś podać nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia. Jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży także na nim i obejmuje również okoliczności jemu znane.
- 2) Jeśli podałeś nam nieprawdziwe informacje lub zataiłeś informacje dotyczące okoliczności, o które pytaliśmy, odmówimy wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jeśli te okoliczności miały wpływ na Twoją śmierć.
- 3) Jeśli z winy umyślnej podałeś nam nieprawdziwe informacje lub zataiłeś informacje dotyczące okoliczności, o które pytaliśmy, wówczas przyjmujemy, że Twoja śmierć jest skutkiem tych właśnie okoliczności.
- 4) Zawarcie przez nas umowy ubezpieczenia pomimo braku Twojej odpowiedzi na zadane pytania oznacza, że pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

III. Uprawniony

1. Kiedy możesz wskazać uprawnionego z umowy ubezpieczenia?

- 1) Masz prawo do wskazania jednej lub więcej osób uprawnionych do odbioru świadczenia z umowy ubezpieczenia.
- 2) Uprawnionych możesz wskazać w trakcie składania wniosku lub w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia.
- 3) Jeśli wskażesz więcej niż jedną osobę uprawnioną, będziesz mógł określić procent świadczenia dla każdej ze wskazanych osób. Udziały procentowe świadczenia muszą sumować się do 100%.
- 4) Uprawniony nabywa prawo do świadczenia z chwilą Twojej śmierci.
- 5) Jeśli uprawniony umrze przed Twoją śmiercią albo jeśli umyślnie przyczyni się do niej, jego świadczenie przypada pozostałym uprawnionym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
- 6) Za osobę, która zmarła przed Twoją śmiercią, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Tobą.
- 7) Jeśli nie wskażesz uprawnionego lub wszyscy uprawnieni umyślnie przyczynili się do Twojej śmierci, świadczenie przypadnie:
 - a) współmałżonkowi, a w razie jego braku
 - b) dzieciom w równych częściach, a w razie ich braku
 - c) rodzicom w równych częściach, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwu w równych częściach, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Tobie.

2. Kiedy możesz zmienić uprawnionego?

- 1) W dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz zmienić uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Zmianę uprawnionego możesz zgłosić w następujący sposób:
 - a) za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLinii) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
 - b) za pośrednictwem serwisu transakcyjnego mBanku, składając odpowiedni wniosek,
 - c) składając dyspozycję w placówce mBanku.

IV. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki wynika z taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę wariantu ubezpieczenia, albo w dniu złożenia propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.

- 2) Składkę obliczamy za czas naszej odpowiedzialności na podstawie:
 - a) sumy ubezpieczenia w wybranym wariantcie,
 - b) sposobu płatności składki i częstotliwości jej opłacania,
 - c) wyniku ankiety oceniającej Twój stan zdrowia, którą wypełniasz we wniosku,
 - d) Twojego wieku.

2. Jak opłacasz składkę?

- 1) Składkę opłacasz co miesiąc na rachunek bankowy. Wysokość i terminy płatności składki podaliśmy w polisie.
- 2) Jeśli nie zapłacisz w terminie składki, wezwiemy Cię do jej opłacenia. Masz 7 dni na zapłatę od dnia otrzymania wezwania. Gdy tego nie zrobisz, nasza odpowiedzialność wygaśnie z ostatnim dniem terminu wyznaczonego do zapłaty. Umowę ubezpieczenia uznamy za wypowiedzianą przez Ciebie.

V. Nasza odpowiedzialność

1. Kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność?

- 1) Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pierwsze 90 dni Twojej umowy ubezpieczenia to tzw. karencja.
- 2) Karencja to okres, w którym w przypadku Twojej śmierci wypłacimy tylko 1% sumy ubezpieczenia.

2. Kiedy kończy się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność wygasa:

- 1) z dniem, w którym odstąpiłeś od umowy ubezpieczenia;
- 2) z upływem okresu, na jaki zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, jeśli nie została przedłużona o kolejny okres;
- 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli ją wypowiedziałeś;
- 4) z dniem, w którym rozwiążesz umowę o rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku;
- 5) po upływie 7 dni od otrzymania wezwania, jeśli nie zapłacisz zaległej składki;
- 6) z dniem Twojej śmierci.

3. Kiedy odpowiedzialność jest wyłączone?

Świadczenia nie wypłacimy, jeśli śmierć jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samobójstwa w okresie jednego roku, liczonego od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 5) zatajonej choroby lub niepełnosprawności, o które pytaliśmy w ankiecie medycznej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i które były przyczyną Twojej śmierci w okresie 36 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) spożycia przez Ciebie alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w Twoim organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo powodującej że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 7) Twojego udziału w następujących sportach wysokiego ryzyka: schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami, sporty powietrzne, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał;

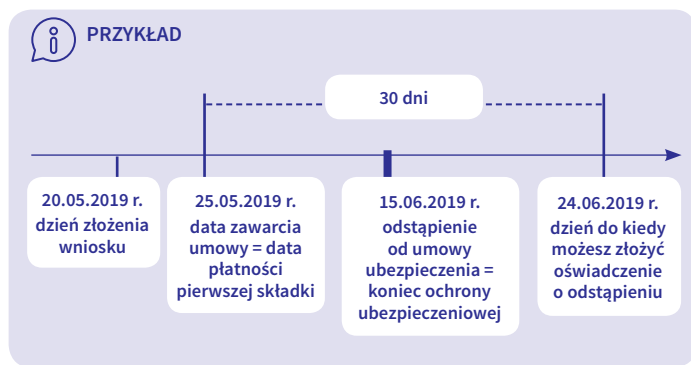
- 8) Twojego udziału w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pułstynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

- b) za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLinii) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
c) w systemie transakcyjnym mBanku (o ile ma on taką funkcję).

VI. Zakończenie umowy

1. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

- Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, ochrona wygasa z chwilą, gdy otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Zwrócimy Ci wówczas całą wpłaconą składkę na wskazany przez Ciebie rachunek bankowy.



2. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

- W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
- Jeśli wypowiedzisz umowę ubezpieczenia:
 - najpóźniej na dwa dni przed terminem zapłaty kolejnej składki – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, za który została już zapłacona składka;
 - dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem następnego okresu, za który została zapłacona składka.

Opis procesu w formie graficznej poniżej.
- Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć:
 - na piśmie,



VII. Zmiana wariantu

1. Kiedy możesz zmienić wariant ubezpieczenia?

- Jeśli nie masz zaległości w opłaceniu składki, w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia.
- Wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć za pośrednictwem systemu transakcyjnego mBanku.
- W sytuacji gdy chcesz zmienić wariant na wariant z wyższą sumą ubezpieczenia niż masz teraz, poprosimy Cię o wypełnienie ankiety medycznej. Na jej podstawie zaakceptujemy lub odrzucimy Twój wniosek.
- Jeśli odrzucimy Twój wniosek, to umowa pozostaje bez zmiany na dotychczasowych warunkach.
- Złożenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia kończy się płatnością składki w nowej wysokości. Brak zapłaty składki w nowej wysokości powoduje odrzucenie wniosku o zmianę.
- Kolejny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 35 dni liczonych od dnia zaakceptowania poprzedniego wniosku.

2. Od kiedy będzie obowiązywał nowy wariant?

- Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek o zmianę wariantu, nowy wariant ubezpieczenia będzie obowiązywał od dnia odpowiadającego dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującemu bezpośrednio po złożeniu wniosku o zmianę wariantu.
- Jeśli w okresie karencji zmienisz wariant ubezpieczenia, to w przypadku Twojej śmierci wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia z nowego wariantu ubezpieczenia.
- Jeśli po upływie okresu karencji zmienisz wariant ubezpieczenia na wariant z wyższą sumą ubezpieczenia, nowe sumy obowiązują po upływie 90 dni. Liczymy je od dnia, w którym zaczął obowiązywać nowy wariant ubezpieczenia.
- W przypadku Twojej śmierci w okresie, o którym mowa w ppkt 3), wypłacimy sumę ubezpieczenia, która obowiązywała przed zmianą wariantu. Sumę tę powiększymy o 1% sumy ubezpieczenia z nowego wariantu ubezpieczenia.

VIII. Twoje i nasze obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki?

- 1) Terminowe opłacanie składki w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Informowanie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia.

2. Jakie są nasze obowiązki?

My zobowiązani jesteśmy do tego, aby:

- 1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) wypłacić świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IX. Wypłata świadczenia

1. Co uprawnieni powinni zrobić po Twojej śmierci, aby otrzymać świadczenie?

- 1) Należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją wskazaną we wniosku. Wniosek dostępny jest na stronie www.axa.pl lub www.mbank.pl.
- 2) Dokumenty można przekazać nam przez stronę www.axa.pl, mailowo lub pocztą na adres wskazany na końcu OWU.
- 3) Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

2. Jak długo uprawnieni czekają na wypłatę?

- 1) Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wówczas spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 3) Naszą decyzję prześlemy uprawnionym na piśmie lub mailowo, a jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie realizujemy przelewem.

X. Reklamacje

1. Kiedy można złożyć reklamację?

- 1) W każdym przypadku Ty lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia będąca osobą fizyczną, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca uprawnionym z umowy ubezpieczenia lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrze-

żenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak można złożyć reklamację?

Reklamację można złożyć:

- a) ustnie – w naszej jednostce do protokołu lub na naszej infolinii,
- b) mailowo – na adres: ubezpieczenia@axa.pl,
- c) pisemnie – na adres: AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-876 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie.

3. Jak udzielimy odpowiedzi na reklamację?

- 1) Odpowiedzi na reklamację udzielamy pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika, w tym – mailowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 2) Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, informujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 1) Jeżeli osoba fizyczna nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 2) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie 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).
- 3) Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania:
 - a) Twojego,
 - b) osoby uprawnionej,
 - c) Twojego spadkobiercy,
 - d) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4) Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 5) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z niniejszą częścią, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 2, 3 oraz pkt 4 ppkt 2). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

XI. Postanowienia końcowe

Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.

W sprawach, których nie reguluje umowa ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 1/30/05/2019 z dnia 30 maja 2019 r. i obowiązują od dnia 6 czerwca 2019 r.

Dane kontaktowe

Zgłoszenie roszczenia

- napisz na adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: claims.service@axa.pl
- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony: www.axa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@axa.pl
- zadzwoń do nas: tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer telefonu + 48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w naszej jednostce
- mailowo: ubezpieczenia@axa.pl
- pisemnie – osobiście w naszej siedzibie: AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:
AXA Życie TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 61 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



801 200 200
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



ubezpieczenie
na wypadek
nowotworu

Indeks 2019/05

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I pkt 2 część IV
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część V



OWU stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie.

OWU, wniosek o zawarcie umowy oraz polisa stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	4
III. Składka	4
IV. Pomoc assistance	5
V. Nasza odpowiedzialność	6
VI. Zakończenie umowy	6
VII. Zmiana wariantu	7
VIII. Twoje i nasze obowiązki	7
IX. Wypłata świadczenia	7
X. Reklamacje	8
XI. Postanowienia końcowe	8
Załącznik – Wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową	9
Dane kontaktowe	10

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Klient w wieku 18–65 lat, mieszkający na stałe w Polsce, który ma rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A. i składa wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia.



My

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.



Wniosek

Dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

- Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u Ciebie w okresie trwania umowy ubezpieczenia nowotworu złośliwego lub nowotworu przedinwazyjnego, wymienionego w załączniku do OWU.
- Nowotwory złośliwe dzielimy na:
 - nowotwory złośliwe typu I,
 - nowotwory złośliwe typu II.
- Możesz wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia. Możesz go zmienić w każdej chwili – szczegóły w części VII.

Rodzaj nowotworu	Sumy ubezpieczenia		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Nowotwór złośliwy typu I	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł
Nowotwór złośliwy typu II	5 000 zł	10 000 zł	15 000 zł
Nowotwór przedinwazyjny	5 000 zł	10 000 zł	15 000 zł

- Dodatkowo zapewniamy Ci Pomoc assistance, której zakres znajdziesz w tabeli poniżej oraz w części IV.

Pomoc assistance	Świadczenia assistance		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Medyczna Platforma Informacyjna	możesz z niej korzystać 24/7 bez żadnych ograniczeń		
Dostępne od momentu podejrzenia wystąpienia u Ciebie nowotworu (limity na każdy rok trwania ochrony ubezpieczeniowej)			
Wizyta u lekarza onkologa	8 wizyt	10 wizyt	
Opieka psychologa	600 zł	800 zł	
Dostępne od momentu, gdy otrzymasz decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu nowotworu złośliwego typu I			
Druga opinia medyczna w Europie	jedna opinia w ramach umowy ubezpieczenia		
Pomoc w organizacji leczenia wskazanego w Drugiej opinii medycznej	bez limitu		

Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu

W załączniku do OWU umieściliśmy wykaz wszystkich nowotworów objętych ubezpieczeniem. Wykaz jest podzielony na typy i kody rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

Nowotwór złośliwy typu I to każdy nowotwór złośliwy opisany kodami rozpoznania od C00 do C97, z wyjątkiem nowotworów złośliwych typu II.

Nowotwory złośliwe typu II to:

- czerniak złośliwy skóry (C43) nieprzekraczający warstwy naskórka,
- inne nowotwory złośliwe skóry (C44),
- nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego – nowotwór złośliwy tarczycy (C73).

Nowotwory przedinwazyjne (in situ) to tzw. rak w miejscu, czyli nowotwór, który jest ograniczony do jednej tkanki danego narządu i nie przekracza jej granicy. Opisują je kody od D00 do D09.

Wystąpienie każdego z powyższych nowotworów musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Nowotwór złośliwy typu I, nowotwór złośliwy typu II oraz nowotwór przedinwazyjny łącznie nazywamy dalej nowotworem.

Uwaga! W razie wątpliwości będziemy brali pod uwagę klasyfikację ICD-10 z dnia wejścia w życie OWU.

W przypadku nowotworu złośliwego typu II oraz nowotworu przedinwazyjnego możesz otrzymać kilka wypłat w okresie trwania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że kolejne roszczenie będzie dotyczyło innego kodu rozpoznania choroby. W przypadku przedłużenia ubezpieczenia o kolejny 5-letni okres wypłacimy świadczenie przewidziane na wypadek nowotworu złośliwego typu II oraz nowotworu przedinwazyjnego pod warunkiem, że będzie to inny nowotwór niż ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

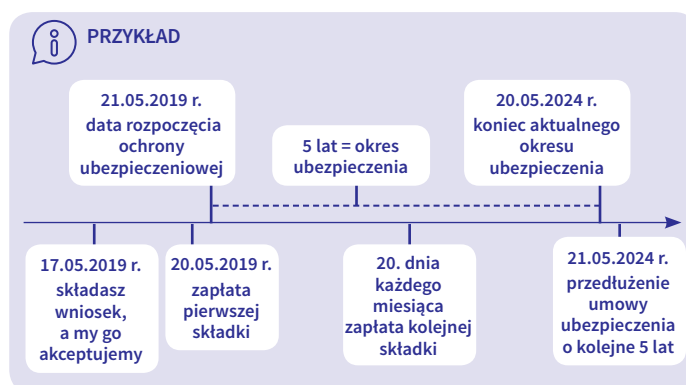
- 1) Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę.
- 2) Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, zostaniesz o tym przez nas poinformowany.
- 3) Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę, otrzymasz polisę na adres mailowy podany we wniosku.
- 4) Jeśli w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku nie opłacisz pierwszej składki, anulujemy Twój wniosek. Będziesz musiał go złożyć ponownie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia.
- 5) Możesz zawrzeć tylko jedną umowę ubezpieczenia na podstawie tych OWU.
- 6) Jeśli przystąpiłeś do umowy grupowego ubezpieczenia, do której zastosowanie mają Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu mWaleczni, łączna suma ubezpieczenia z tego ubezpieczenia i nowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU nie może przekraczać 200 000 zł.
- 7) Dopuszczamy przekroczenie limitu określonego w pkt 6). W takim przypadku wymagana jest nasza indywidualna akceptacja Twojego wniosku. Zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym przez Ciebie wariantem potwierdzimy polisą.

2. Jak długo będziesz chroniony?

- 1) Umowę zawieramy na 5 lat (okres ubezpieczenia). Okres ten liczymy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następujący po dniu, w którym zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę; datę tę wskazujemy w polisie

- 2) Twoja umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejne 5-letnie okresy, pod warunkiem że nie ukończysz 65 lat w dniu, w którym ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, i zgodziłeś się na to we wniosku.
- 3) Na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia prześlemy Ci na piśmie lub mailem:
 - a) propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia; wysyłając propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia poinformujemy Cię, czy przedłuża się ona na tych samych warunkach, czy na innych – jeśli na innych, powiadomimy Cię, co ulegnie zmianie, albo
 - b) informację, że nie będziemy kontynuować umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia na warunkach przedstawionych w propozycji zostanie przedłużona o kolejny okres ubezpieczenia z chwilą zapłaty składki, w wysokości i terminie wskazanych w propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.



3. Jakie mogą być skutki podania przez Ciebie nieprawdziwych informacji?

- 1) Pamiętaj, że powinieneś podać nam wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia. Jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje również okoliczności jemu znane.
- 2) Jeśli podałeś nam nieprawdziwe informacje lub zataiłeś informacje dotyczące okoliczności, o które pyaliśmy, odmówimy Ci wypłaty świadczenia i Pomocy assistance w okresie pierwszych trzech lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, jeśli te okoliczności miały wpływ na powstanie nowotworu.
- 3) Jeśli z winy umyślnej podałeś nam nieprawdziwe informacje lub zataiłeś informacje dotyczące okoliczności, o które pyaliśmy, wówczas przyjmujemy, że nowotwór jest skutkiem tych właśnie okoliczności.
- 4) Zawarcie przez nas umowy ubezpieczenia pomimo braku Twojej odpowiedzi na zadane pytania oznacza, że pominięte okoliczności uważamy za nieistotne.

III. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki wynika z taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmiany wariantu, lub w dniu złożenia propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.
- 2) Składkę obliczamy za czas naszej odpowiedzialności na podstawie:
 - a) sumy ubezpieczenia w wybranym wariantcie,
 - b) sposobu płatności składki i częstotliwości jej opłacania,
 - c) wyniku ankiety oceniającej Twój stan zdrowia, którą wypełniasz we wniosku,
 - d) Twojego wieku.

2. Jak opłacasz składkę?

- 1) Składkę opłacasz co miesiąc na rachunek bankowy. Wysokość i terminy płatności składki podaliśmy w polisie.
- 2) Jeśli nie zapłacisz składki w terminie, wezwiemy Cię do jej opłacenia. Masz 7 dni na zapłatę od dnia otrzymania wezwania. Gdy tego nie zrobisz, nasza odpowiedzialność wygaśnie z ostatnim dniem terminu wyznaczonego do zapłaty. Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie.

IV. Pomoc assistance

1. Z jakiej pomocy możesz skorzystać?

- 1) W ramach Pomocy assistance możesz skorzystać z następujących świadczeń:
 - a) Medycznej Platformy Informacyjnej,
 - b) wizyty u lekarza onkologa,
 - c) opieki psychologa,
 - d) Drugiej opinii medycznej w Europie,
 - e) pomocy w organizacji leczenia zalecanego w Drugiej opinii medycznej.
- 2) Wszystkie świadczenia assistance realizuje Centrum Pomocy Assistance. Jeśli chcesz z nich skorzystać, zadzwoń pod numer infolinii podany na końcu OWU.

MEDYCZNA PLATFORMA INFORMACYJNA

Zadzwoń na Medyczną Platformę Informacyjną, jeśli potrzebujesz:

- a) informacji o profilaktyce nowotworowej,
- b) telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem,
- c) informacji o danych teleadresowych przychodni, szpitali, aptek, placówek opieki społecznej i hospicjów.

2. Co otrzymasz w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej?

- 1) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę istniejących możliwości, udzielą Ci telefonicznie ogólnej informacji o:
 - a) czynnikach, które wpływają na rozwój nowotworów,
 - b) profilaktyce i stylu życia, które mogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu,
 - c) badaniach kontrolnych i profilaktycznych dla określonych grup wiekowych,
 - d) bezpłatnych badaniach w profilaktyce nowotworowej,
 - e) badaniu się w warunkach domowych,
 - f) przygotowaniu się do zabiegów i pobycie w szpitalu,
 - g) placówkach medycznych (lekarzach ogólnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich) – dane teleadresowe, godziny pracy, numery telefonów, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),
 - h) placówkach diagnostycznych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych oraz lecznictwa zamkniętego (szpitalach prywatnych, szpitalach najwyższego stopnia referencji oraz klinikach uniwersyteków medycznych) w Polsce,
 - i) placówkach opieki społecznej i hospicjach,
 - j) aptekach i sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym.
- 2) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzielą również telefonicznej ogólnej informacji na temat:
 - a) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania,
 - b) chorób, typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia w Polsce,

- c) diet, zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
 - d) opisów/wyników badań,
 - e) przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - f) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - g) leków (objawy niepożądane, interakcje z innymi lekami) i ich refundacji,
 - h) terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii i innych alternatywnych metod leczenia i relaksacji (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - i) uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - j) grup wsparcia, telefonów zaufania w Polsce.
- 3) Jeśli chcesz skorzystać ze szpitali należących do sieci Centrum Pomocy Assistance, udzielimy Ci informacji telefonicznej, gdzie je znajdziesz, jakie usługi świadczą i jaki jest koszt tych usług (jeśli nie refunduje ich NFZ).

ONKOLOG I PSYCHOLOG

3. Kiedy możesz skorzystać z wizyty u onkologa?

- 1) Jeśli z Twojej dokumentacji medycznej będzie wynikało podejrzenie nowotworu, na Twój wniosek zorganizujemy Ci wizytę u lekarza onkologa i pokryjemy jej koszt w ramach limitu.
- 2) Termin wizyty u lekarza podamy Ci w ciągu 3 dni roboczych. Wizytę umówimy zgodnie z Twoimi preferencjami, o ile będzie to możliwe.
- 3) Informacje o liczbie wizyt u onkologa w wybranym przez Ciebie wariancie znajdziesz w tabeli w części I.
- 4) Z wizyt u lekarza onkologa możesz korzystać jeszcze przez okres 12 miesięcy od momentu wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego typu I, pod warunkiem że wizyty będą miały związek z nowotworem, za który wypłaciliśmy świadczenie.

4. Kiedy możesz skorzystać z opieki psychologa?

- 1) Jeśli z Twojej dokumentacji medycznej będzie wynikało podejrzenie nowotworu, na Twój wniosek zorganizujemy dla Ciebie i osób bliskich wizytę u psychologa i pokryjemy jej koszt w ramach limitu.
- 2) Termin wizyty u lekarza podamy Ci w ciągu 3 dni roboczych. Wizytę umówimy zgodnie z Twoimi preferencjami, o ile będzie to możliwe.
- 3) Informacje o wysokości limitu na wizyty w wybranym przez Ciebie wariancie znajdziesz w tabeli w części I.
- 4) Z wizyt u psychologa możesz korzystać jeszcze przez okres 12 miesięcy od momentu wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego typu I, pod warunkiem że wizyty będą miały związek z nowotworem, za który wypłaciliśmy świadczenie.

DRUGA OPINIA MEDYCZNA W EUROPIE

To raport, który przygotowuje wyznaczony przez nas Ekspert medyczny, tj. lekarz z Europy, który specjalizuje się w leczeniu danego rodzaju nowotworu.

Z Drugiej opinii medycznej możesz skorzystać jeden raz – gdy otrzymasz naszą decyzję o wypłacie świadczenia z tytułu zdiagnozowania u Ciebie nowotworu złośliwego typu I. Kolejna opinia Eksperta medycznego przysługuje Ci tylko w sytuacji, gdy nowe wyniki badań potwierdzą zmiany w obrazie Twojej choroby.

5. Co znajdziesz w Drugiej opinii medycznej?

- 1) Druga opinia medyczna zawiera:
 - a) opis historii Twojej choroby,
 - b) opinię Eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - c) propozycje Eksperta medycznego dotyczące dalszego postępowania i zalecanego leczenia,

Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu

- d) odpowiedzi na pytania o Twój nowotwór – jeśli je zadasz,
 - e) bibliografię czasopism i artykułów na temat Twojego nowotworu;
 - f) informacje o osiągnięciach i doświadczeniu zawodowym Eksperta medycznego.
- 2) Treść Drugiej opinii medycznej zależy od dokumentów i informacji, które nam przekażesz.

6. Co musisz zrobić, aby otrzymać Drugą opinię medyczną?

- 1) Przekaż do wskazanego przez nas partnera medycznego na swój koszt:
 - a) formularz zgłoszenia (otrzymasz go od nas albo partnera medycznego),
 - b) swoją dokumentację medyczną związaną z nowotworem.
- 2) Możemy poprosić Cię o dodatkową dokumentację, jeśli będzie to konieczne. Jeśli druga opinia będzie wymagać ponownego badania histopatologicznego, pokryjemy jego koszt.
- 3) Z Ekspertem medycznym kontaktujemy się my lub partner medyczny.
- 4) Drugą opinię Eksperta medycznego otrzymasz do 30 dni od dnia, gdy dostarczysz komplet dokumentów. Ekspert medyczny może wnioskować o dodatkowe dokumenty. Wtedy termin, w ciągu którego prześlemy Ci drugą opinię, może się wydłużyć o kolejne 14 dni od dnia, kiedy dostarczyłeś ostatni dokument niezbędny do sporządzenia takiej opinii.

7. Kiedy otrzymasz pomoc w organizacji leczenia i co ona obejmuje?

- 1) Jeśli w Drugiej opinii medycznej otrzymałeś zalecenia dotyczące dalszego leczenia, możemy pomóc Ci je zorganizować. Zajmie się tym wskazany przez nas partner medyczny. Koszty związane z leczeniem pokrywasz Ty.
- 2) Partner medyczny w oparciu o zalecenia z Drugiej opinii medycznej:
 - a) udzieli Ci telefonicznie informacji, w której placówce medycznej w Polsce i kiedy możesz skorzystać ze świadczenia medycznego (zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego, wizyty u lekarza specjalisty);
 - b) umówi na terenie Polski: wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne dostępne świadczenia medyczne;
 - c) wskaże Ci maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub trzy zagraniczne placówki medyczne, które specjalizują się w leczeniu rozpoznanego u Ciebie nowotworu i które mogą się podjąć Twojego leczenia;
 - d) zorganizuje leczenie i transport do wybranej przez Ciebie zagranicznej placówki medycznej oraz zakwaterowanie w hotelu.

- f) z dniem Twojej śmierci;
- g) z dniem, w którym wypłacimy świadczenie z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego typu I, z zastrzeżeniem że z wizyt u lekarza onkologa i psychologa możesz korzystać przez okres 12 miesięcy od momentu wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu złośliwego typu I.

3. Kiedy odpowiedzialność jest wyłączone?

- 1) Świadczenia z tytułu zdiagnozowania nowotworu nie wypłacimy lub nie zapewnimy świadczeń assistance, jeśli:
 - a) nowotwór, którego dotyczy Twoje roszczenie o wypłatę świadczenia, rozpoznano lub leczono w okresie 60 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co potwierdza dokumentacja medyczna;
 - b) w okresie 60 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostałeś skierowany na testy/badania lub czekasz na wynik testów/badań, na podstawie których zdiagnozowano u Ciebie nowotwór, którego dotyczy Twoje roszczenie o wypłatę świadczenia, lub skierowano Cię na dalsze badania w kierunku tego nowotworu.
- 2) Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli nowotwór jest następstwem zmian, które:
 - a) zostały zdefiniowane pod względem histopatologicznym lub zdiagnozowane jako zmiany przednowotworowe, nowotwory przedinwazyjne (*carcinoma in situ*) oraz dysplazje w okresie 24 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i
 - b) stały się przyczyną wystąpienia nowotworu w ciągu 12 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co potwierdza dokumentacja medyczna.
- 3) Nie wypłacimy świadczenia za nowotwór, który wystąpił na skutek:
 - a) zespołu uzależnienia od alkoholu;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - d) zatajonej choroby lub niepełnosprawności, o które pyaliśmy w ankiecie medycznej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i które były przyczyną zachorowania w okresie 36 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli zdiagnozowany lub podejrzany nowotwór współistnieje z infekcją HIV.

V. Nasza odpowiedzialność

1. Kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność?

- 1) Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pierwsze 90 dni Twojej umowy ubezpieczenia to tzw. karencja.
- 2) Karencja to okres, w którym w przypadku zdiagnozowania nowotworu wypłacimy tylko 1% sumy ubezpieczenia.

2. Kiedy kończy się odpowiedzialność?

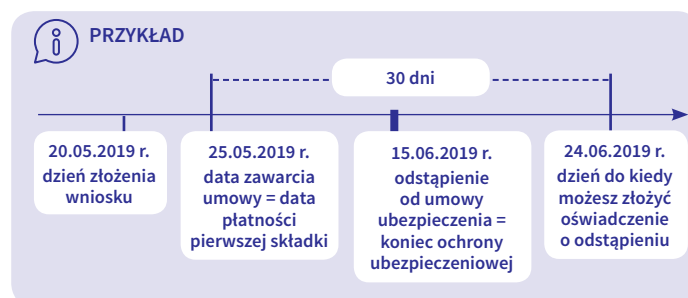
Nasza odpowiedzialność wygasa:

- a) z dniem, w którym odstąpiłeś od umowy ubezpieczenia;
- b) z upływem okresu, na jaki zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, jeśli nie została przedłużona o kolejny okres;
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli Ty ją wypowiedziałeś;
- d) z dniem, w którym rozwiążesz umowę o rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku;
- e) w terminie 7 dni od otrzymania wezwania, jeśli nie zapłacisz zaległej składki;

VI. Zakończenie umowy

1. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

- 1) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- 2) Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, ochrona wygasa z chwilą, gdy otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Zwrócimy Ci wówczas całą wpłaconą składkę na wskazany przez Ciebie rachunek bankowy.



2. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

- 1) W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
- 2) Jeśli wypowiedzisz umowę ubezpieczenia:
 - a) najpóźniej na dwa dni przed terminem zapłaty składki – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, za który została zapłacona składka;
 - b) dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem następnego okresu, za który została zapłacona składka.
Opis procesu w formie graficznej poniżej.
- 3) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć:
 - a) na piśmie,
 - b) za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLinii) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
 - c) w systemie transakcyjnym mBanku (o ile ma on taką funkcję).

VII. Zmiana wariantu

1. Kiedy możesz zmienić wariant ubezpieczenia?

- 1) Jeśli nie masz zaległości w opłaceniu składki, w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia.
- 2) Wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć za pośrednictwem systemu transakcyjnego mBanku.
- 3) W sytuacji gdy chcesz zmienić wariant na wariant z wyższą sumą ubezpieczenia niż masz, poprosimy Cię o wypełnienie ankiety medycznej. Na jej podstawie zaakceptujemy lub odrzucimy Twój wniosek.
- 4) Jeśli odrzucimy Twój wniosek, to umowa pozostaje bez zmiany na dotychczasowych warunkach.
- 5) Złożenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia kończy się płatnością składki w nowej wysokości. Brak zapłaty składki w nowej wysokości powoduje odrzucenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia.
- 6) Kolejny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 35 dni liczonych od dnia zaakceptowania poprzedniego wniosku.

2. Od kiedy będzie obowiązywał nowy wariant?

- 1) Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek o zmianę wariantu, nowy wariant ubezpieczenia będzie obowiązywał od dnia odpowiadającego dniowi rozpoczęcia ochrony następującemu bezpośrednio po złożeniu wniosku o zmianę wariantu.

- 2) Jeśli w okresie karencji zmienisz wariant ubezpieczenia, to w przypadku zdiagnozowania nowotworu w tym okresie wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia z nowego wariantu ubezpieczenia.
- 3) Jeśli po upływie okresu karencji zmienisz wariant ubezpieczenia na wariant z wyższą sumą ubezpieczenia, nowe sumy obowiązują po upływie 90 dni. Liczymy je od dnia, w którym zaczął obowiązywać nowy wariant ubezpieczenia.
- 4) W przypadku zdiagnozowania nowotworu w okresie, o którym mowa w ppkt 3), wypłacimy sumę ubezpieczenia, która obowiązywała przed zmianą wariantu. Sumę tę powiększymy o 1% sumy ubezpieczenia z nowego wariantu ubezpieczenia.

VIII. Twoje i nasze obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki?

- 1) Terminowe opłacanie składki w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Informowanie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia.

2. Jakie są nasze obowiązki?

My zobowiązani jesteśmy do tego, aby:

- 1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) zrealizować lub wypłacić świadczenia zgodnie z OWU i przepisami prawa;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IX. Wypłata świadczenia

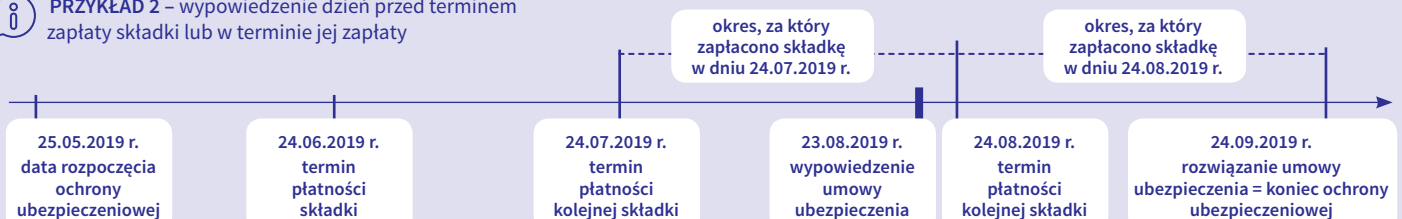
1. Co powinieneś zrobić po zdiagnozowaniu nowotworu, aby otrzymać świadczenie?

- 1) Należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Wniosek znajdziesz na stronie www.axa.pl lub www.mbank.pl.
- 2) Dokumenty można przekazać nam przez stronę www.axa.pl, mailowo lub pocztą na adres wskazany na końcu OWU.
- 3) Możemy prosić Cię o dodatkowe dokumenty lub zrobienie badań lekarskich, jeśli będzie to niezbędne do wypłaty świadczenia. Wskażemy Ci wówczas lekarza i opłacimy badania.

PRZYKŁAD 1 – wypowiedzenie najpóźniej 2 dni przed terminem zapłaty kolejnej składki



PRZYKŁAD 2 – wypowiedzenie dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty



Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu

- 4) Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

2. Jak długo czekasz na wypłatę?

- 1) Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wówczas spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 3) Naszą decyzję prześlemy Ci na piśmie lub mailowo, a jeśli świadczenie Ci nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie pieniężne realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

- c) pisemnie – na adres: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-876 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie.

3. Jak udzielimy odpowiedzi na reklamację?

- 1) Odpowiedzi na reklamację udzielamy pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika, w tym – mailowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 2) Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, poinformujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 1) Jeżeli osoba fizyczna nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 2) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUIR 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).
- 3) Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania:
 - a) Twojego,
 - b) osoby uprawnionej,
 - c) Twojego spadkobiercy,
 - d) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4) Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 5) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z niniejszą częścią, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 2, 3 oraz pkt 4 ppkt 2). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi ani zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

X. Reklamacje

1. Kiedy można złożyć reklamację?

- 1) W każdym przypadku Ty lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia będąca osobą fizyczną, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej poszukująca ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonej przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonej przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak można złożyć reklamację?

Reklamację można złożyć:

- a) ustnie – w naszej jednostce do protokołu lub na naszej infolinii,
- b) mailowo – na adres: ubezpieczenia@axa.pl,

XI. Postanowienia końcowe

W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

Integralną częścią OWU jest załącznik stanowiący wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 1/30/05/2019 z dnia 30 maja 2019 r. i obowiązują od dnia 6 czerwca 2019 r.

Załącznik – Wykaz nowotworów objętych ochroną ubezpieczeniową

KOD I NAZWA ROZPOZNANIA

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TYPU I

C00	Nowotwory złośliwe wargi
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	Nowotwory złośliwe migdałka
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła (<i>Oropharynx</i>)
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła (<i>Nasopharynx</i>)
C12	Nowotwór złośliwy szyłku gruszkowatego
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła (<i>Hypopharynx</i>)
C14	Nowotwór złośliwy o innym i o bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C15	Nowotwór złośliwy przełyku
C16	Nowotwór złośliwy żołądka
C17	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego
C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21	Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
C23	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
C25	Nowotwór złośliwy trzustki
C26	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów trawiennych
C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
C32	Nowotwór złośliwy krtani
C33	Nowotwór złośliwy tchawicy
C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
C37	Nowotwór złośliwy grasicy
C38	Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C39	Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych części układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C40	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
C43	Czerniak złośliwy skóry przekraczający warstwę naskórka
C45	Międzybłonniak
C46	Mięsak Kaposiego

KOD I NAZWA ROZPOZNANIA

C47	Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego
C48	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
C49	Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
C50	Nowotwór złośliwy sutka
C51	Nowotwór złośliwy sromu
C52	Nowotwór złośliwy pochwy
C53	Nowotwór złośliwy szyjki macicy
C54	Nowotwór złośliwy trzonu macicy
C55	Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
C56	Nowotwór złośliwy jajnika
C57	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
C58	Nowotwór złośliwy łozyska
C60	Nowotwór złośliwy prącia
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania nie mniejszym niż T2N0M0
C62	Nowotwór złośliwy jądra
C63	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich
C64	Nowotwór złośliwy nerki, z wyjątkiem miedniczki nerkowej
C65	Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
C66	Nowotwór złośliwy moczowodu
C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
C68	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów moczowych
C69	Nowotwór złośliwy oka
C70	Nowotwór złośliwy opon
C72	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego
C73	Nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowy w stopniu wyższym niż ograniczony do gruczołu tarczowego)
C74	Nowotwór złośliwy nadnerczy
C75	Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
C76	Nowotwór złośliwy – umiejscowienie innych i niedokładnie określonych
C77	Wtórne i nieokreślone nowotwory złośliwe węzłów chłonnych
C78	Wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego
C79	Wtórny nowotwór złośliwy innych umiejscowień
C80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia
C81	Choroba Hodgkina
C82	Chłoniak nieziarniczny guzkowy (grudkowy)
C83	Chłoniaki nieziarnicze rozlane
C84	Obwodowy i skórnny chłoniak z komórek T
C85	Inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarnicznych
C88	Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
C90	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
C91	Białaczka limfatyczna

Ogólne warunki ubezpieczenia na wypadek nowotworu

KOD I NAZWA ROZPOZNANIA

C92	Białaczka szpikowa
C93	Białaczka monocytowa
C94	Inne białaczki określonego rodzaju
C95	Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
C96	Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C97	Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TYPU II

C43	Czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka
C44	Inne nowotwory złośliwe skóry
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
C73	Nowotwór złośliwy tarczycy (rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego)

KOD I NAZWA ROZPOZNANIA

NOWOTWORY PRZEDINWAZYJNE

D00	Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
D01	Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych
D02	Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
D03	Czerniak in situ
D05	Rak in situ sutka
D06	Rak in situ szyjki macicy
D07	Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
D09	Rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień

Dane kontaktowe

Chcesz skorzystać z Pomocy assistance – skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance

tel. + 48 22 529 84 05

Chcesz zgłosić roszczenie w związku ze zdiagnozowaniem nowotworu

- napisz na adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: claims.service@axa.pl
- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony:
www.axa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@axa.pl
- zadzwoń do nas: tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście
podczas wizyty w naszej jednostce
- mailowo: ubezpieczenia@axa.pl
- pisemnie – osobiście w naszej siedzibie: AXA Ubezpieczenia
TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką
pocztową na adres:
AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 61 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



801 200 200
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



ubezpieczenie
następstw
nieszczęśliwych
wypadków dla
Ciebie i Partnera

Indeks 2019/05

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji

Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

część I

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

część V



OWU stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie.

OWU, wniosek o zawarcie umowy oraz polisa stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	5
III. Składka	5
IV. Uprawniony	5
V. Nasza odpowiedzialność	6
VI. Zakończenie umowy	6
VII. Zmiana wariantu	7
VIII. Twoje i nasze obowiązki	7
IX. Wypłata świadczenia	7
X. Reklamacje	7
XI. Postanowienia końcowe	8
Dane kontaktowe	8

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Klient – Ubezpieczający, w wieku 18–65 lat, mieszkający na stałe w Polsce, który ma rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A. i składa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia.



My

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.



Ubezpieczony

Ty albo Twój Partner w wieku 18–65 lat, prowadzący z Tobą wspólne gospodarstwo domowe, który na stałe mieszka w Polsce.



Wniosek

Dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

1) Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, i której bezpośrednią przyczyną były fizyczne obrażenia ciała odniesione w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- b) złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,
 c) urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,
 d) oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej.
- 2) W przypadku złamania, urazu lub oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacimy ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia. W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacimy świadczenie uprawnionym z umowy ubezpieczenia w wysokości sumy ubezpieczenia.
- 3) Możesz wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia. Możesz go zmienić w każdej chwili – szczegóły w części VII.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł
Złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł

Sumy ubezpieczenia z tytułu złamania, urazu lub oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku odnawiają się co 12 miesięcy.

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla Ciebie i Partnera

nieszczęśliwy wypadek to przypadkowe, nagłe 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 wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego

złamanie to przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną

ZŁAMANIA		
grupa I	grupa II	grupa III
<ul style="list-style-type: none"> kości czaszki (wyłącznie podstawy, z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki) kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej, kulszowej lub ogonowej) kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu, z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych) kości udowej 	<ul style="list-style-type: none"> kości piętowej kości podudzia kości rzepki kości ramiennej lub przedramienia 	<ul style="list-style-type: none"> pozostałe złamania kości niewymienione w grupie złamań I oraz II

urazy rozumiane są jako:

- urazy narządów ruchu** to zmiany czynnościowe w organizmie powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku (NNW), w wyniku którego nie doszło do złamania kości, ale doszło do leczenia co najmniej ambulatoryjnego, a z zalecenia lekarskiego wynika, że narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortozy, tutora gipsowego lub kamizelki ortopedycznej na okres co najmniej 7 dni oraz wymagana była co najmniej jedna wizyta kontrolna
- urazy narządów wewnętrznych** to zmiany anatomiczne narządów wewnętrznych powstałe w NNW, powodujące utrzymywanie się nieprawidłowych wyników badań obrazowych lub czynnościowych tego narządu w okresie co najmniej 6 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku
- oparzenia** to powstałe w NNW głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych; wysokość świadczenia jest uzależniona od stopnia oparzenia
- rany cięte i szarpane** – powstałe w NNW uszkodzenie co najmniej pełnej grubości skóry o długości co najmniej 10 cm i zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer; za rany cięte lub szarpane uważa się także rany zadane zębami zwierząt

URAZ NARZĄDU RUCHU		
grupa I	grupa II	grupa III
<ul style="list-style-type: none"> uraz miednicy uraz stawu biodrowego uraz stawu kolanowego uraz narządów wewnętrznych 	<ul style="list-style-type: none"> uraz kręgosłupa uraz stawu barkowego uraz obojczyka (dotyczy urazów stawu mostkowo-obojczykowego i barkowo-obojczykowego) uraz łopatki uraz ramienia uraz stawu łokciowego uraz przedramienia z wyłączeniem nadgarstka uraz stawu nadgarstkowego i dłoni z wyłączeniem palców uraz uda uraz podudzia z wyłączeniem stawu skokowego uraz stawu skokowego i stopy z wyłączeniem palców 	<ul style="list-style-type: none"> uraz palców dłoni (jedno świadczenie na jeden i wiele palców) uraz palucha rany cięte i szarpane

oparzenia to głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obejmujące:

OPARZENIA		
grupa I	grupa II	grupa III
<ul style="list-style-type: none"> nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia 	<ul style="list-style-type: none"> nie mniej niż 30% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia nie mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia 	<ul style="list-style-type: none"> nie mniej niż 15% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia nie mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia nie mniej niż 5% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia
UWAGA! Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych.		

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

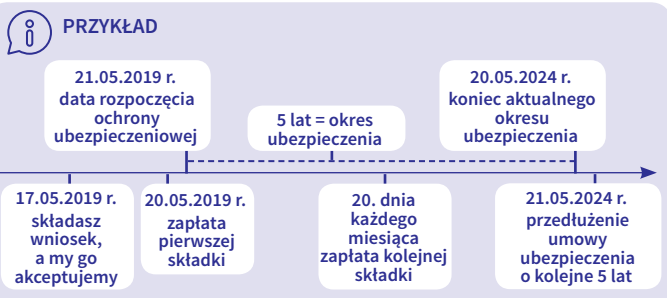
- 1) Umowa zostaje zawarta, gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę.
- 2) We wniosku jako ubezpieczonego wskazujesz siebie albo swojego partnera.
- 3) Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, zostaniesz o tym przez nas poinformowany.
- 4) Gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę, otrzymasz polisę na adres mailowy podany we wniosku.
- 5) Jeśli w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku nie opłacisz pierwszej składki, anulujemy Twój wniosek. Będziesz musiał go złożyć ponownie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia.
- 6) Możesz zawrzeć maksymalnie dwie umowy ubezpieczenia na podstawie tych OWU, ale tylko w jednej możesz być ubezpieczonym.
- 7) Jeśli przystąpiłeś do umowy grupowego ubezpieczenia, do której zastosowanie mają Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Ochrona 24h” dla Posiadaczy rachunków BRE Banku SA otwieranych i prowadzonych przez mBank lub Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Moja Ochrona” dla Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych MultiKonto prowadzonych przez MultiBank, Oddział Bankowości Detalicznej BRE Banku SA, łączna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego z tych ubezpieczeń i umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU nie może przekroczyć 500 000 zł.
- 8) Dopuszczamy przekroczenie limitu określonego w pkt 7). W takim przypadku wymagana jest nasza indywidualna akceptacja Twojego wniosku. Zawarcie umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym przez Ciebie wariantem potwierdzimy polisą.

2. Jak długo trwa ochrona?

- 1) Umowę zawieramy na 5 lat (okres ubezpieczenia). Okres ten liczymy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następny po dniu, w którym zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę; datę tę wskazujemy w polisie

- 2) Twoja umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejne 5-letnie okresy, pod warunkiem że ubezpieczony nie ukończy 65 lat w dniu, w którym ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, i zgodziłeś się na to we wniosku.
- 3) Na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia prześlemy Ci na piśmie lub mailem:
 - a) propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia; wysyłając propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia poinformujemy Cię, czy przedłuża się ona na tych samych warunkach, czy na innych – jeśli na innych, powiadomimy Cię, co ulegnie zmianie, albo
 - b) informację, że nie będziemy kontynuować umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia na warunkach przedstawionych w propozycji zostanie przedłużona o kolejny okres ubezpieczenia z chwilą zapłaty składki, w wysokości i terminie wskazanych w propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.



III. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki wynika z taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmiany wariantu, lub w dniu złożenia propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.
- 2) Składkę obliczamy za czas naszej odpowiedzialności na podstawie:
 - a) sum ubezpieczenia w wybranym wariantcie,
 - b) sposobu płatności składki i częstotliwości jej opłacania,
 - c) wieku ubezpieczonego.

2. Jak opłacasz składkę?

- 1) Składkę opłacasz co miesiąc na rachunek bankowy. Wysokość i terminy płatności składki podaliśmy w polisie.
- 2) Jeśli nie zapłaciłeś w terminie składki, wezwiemy Cię do jej opłacenia. Masz 7 dni na zapłatę od dnia otrzymania wezwania. Gdy tego nie zrobisz, nasza odpowiedzialność wygaśnie z ostatnim dniem terminu wyznaczonego do zapłaty. Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie.

IV. Uprawniony

1. Kiedy ubezpieczony może wskazać uprawnionego?

- 1) Ubezpieczony ma prawo do wskazania jednej lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia z tytułu jego śmierci.
- 2) Ty jako ubezpieczony możesz wskazać uprawnionego w trakcie składania wniosku lub w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia, a Twój partner jako ubezpieczony może wskazać uprawnionego po zawarciu umowy ubezpieczenia pisemnie w mBanku lub u nas.
- 3) Jeśli ubezpieczony wskaże więcej niż jedną osobę uprawnioną, będzie mógł określić procentowy udział w świadczeniu dla każdej ze wskazanych osób. Udziały procentowe muszą sumować się do 100%.
- 4) Uprawniony nabywa prawo do świadczenia z chwilą śmierci ubezpieczonego.
- 5) Jeśli uprawniony umrze przed śmiercią ubezpieczonego albo jeśli umyślnie przyczyni się do niej, jego świadczenie przypada pozostałym uprawnionym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
- 6) Za osobę, która zmarła przed śmiercią ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z ubezpieczonym.
- 7) Jeśli ubezpieczony nie wskaże uprawnionego lub wszyscy uprawnieni umyślnie przyczynili się do śmierci ubezpieczonego, świadczenie przypadnie:
 - a) współmałżonkowi, a w razie jego braku
 - b) dzieciom w równych częściach, a w razie ich braku
 - c) rodzicom w równych częściach, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwu w równych częściach, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym.

2. Kiedy ubezpieczony może zmienić uprawnionego?

- 1) W dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony może zmienić uprawnionego.
- 2) Zmianę uprawnionego można zgłosić w następujący sposób:
 - a) za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLinii) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
 - b) za pośrednictwem serwisu transakcyjnego mBanku, składając odpowiedni wniosek,
 - c) składając dyspozycję w placówce mBanku.

V. Nasza odpowiedzialność

1. Kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

2. Kiedy kończy się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność wygasa:

- z dniem, w którym odstąpiłeś od umowy ubezpieczenia;
- z upływem okresu, na jaki zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, jeśli nie została przedłużona o kolejny okres;
- z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli ją wypowiedziałeś;
- z dniem, w którym rozwiążesz umowę o rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku;
- w terminie 7 dni od otrzymania wezwania, jeśli nie zapłacisz zaległej składki;
- z dniem śmierci ubezpieczonego.

3. Kiedy odpowiedzialność jest wyłączona?

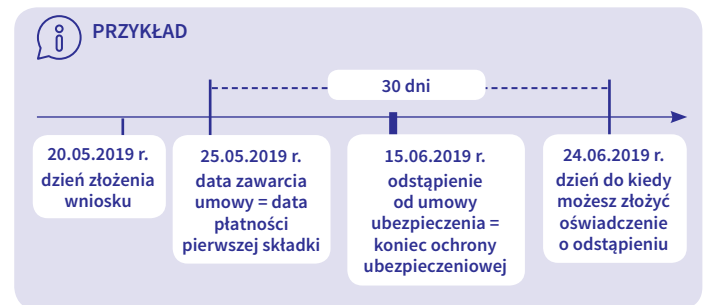
- Świadczenia z tytułu śmierci, złamania, urazu oraz oparzenia nie wypłacimy, jeśli zdarzenie jest skutkiem:
 - działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie ubezpieczonego 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.
- Świadczenia z tytułu śmierci nie wypłacimy również, jeśli zdarzenie jest skutkiem:
 - samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
 - udziału ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, takie jak: schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami, sporty powietrzne, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne

na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, 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.

VI. Zakończenie umowy

1. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

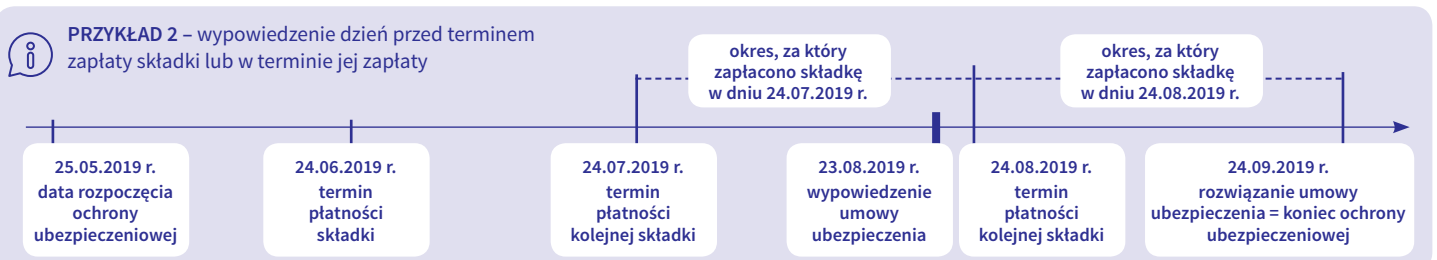
- Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, ochrona wygasa z chwilą, gdy otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Zwrócimy Ci wówczas całą wpłaconą składkę na wskazany przez Ciebie rachunek bankowy.



2. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

- W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
- Jeśli wypowiedzisz umowę ubezpieczenia:
 - najpóźniej na dwa dni przed terminem zapłaty kolejnej składki – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, za który została zapłacona składka;
 - dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem następnego okresu, za który została zapłacona składka.

Opis procesu w formie graficznej poniżej.
- Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć:
 - na piśmie,
 - za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLini) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
 - w systemie transakcyjnym mBanku (o ile ma on taką funkcję).



VII. Zmiana wariantu

1. Kiedy możesz zmienić wariant ubezpieczenia?

- 1) Jeśli nie masz zaległości w opłaceniu składki, w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia.
- 2) Wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć za pośrednictwem systemu transakcyjnego mBanku.
- 3) Złożenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia kończy się płatnością składki w nowej wysokości. Brak zapłaty składki w nowej wysokości powoduje odrzucenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia.
- 4) Kolejny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 35 dni liczonych od dnia zaakceptowania poprzedniego wniosku.

2. Od kiedy będzie obowiązywał nowy wariant?

Nowy wariant ubezpieczenia będzie obowiązywał od dnia odpowiadającego dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującemu bezpośrednio po złożeniu wniosku o zmianę wariantu.

VIII. Twoje i nasze obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki?

- 1) Terminowe opłacanie składki w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Informowanie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia.

2. Jakie są nasze obowiązki?

My zobowiązani jesteśmy do tego, aby:

- 1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) wypłacić świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IX. Wypłata świadczenia

1. Co zrobić, aby otrzymać świadczenie?

- 1) Należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Wniosek znajdziesz na stronie www.axa.pl lub www.mbank.pl.
- 2) Dokumenty można przekazać nam przez stronę www.axa.pl, mailowo lub pocztą na adres wskazany na końcu OWU.
- 3) Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do wypłaty świadczenia. Jeśli będą konieczne dodatkowe badania lekarskie, wskażemy jakie i pokryjemy ich koszt.
- 4) Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

2. Jak długo czeka się na wypłatę?

- 1) Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wówczas spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia,

w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.

- 3) Naszą decyzję prześlemy na piśmie lub mailowo, a jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

X. Reklamacje

1. Kiedy można złożyć reklamację?

- 1) W każdym przypadku Ty, ubezpieczony lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia będąca osobą fizyczną, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca uprawnionym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak można złożyć reklamację?

Reklamację można złożyć:

- a) ustnie – w naszej jednostce do protokołu lub na naszej infolinii,
- b) mailowo – na adres: ubezpieczenia@axa.pl,
- c) pisemnie – na adres: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-876 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie.

3. Jak udzielimy odpowiedzi na reklamację?

- 1) Odpowiedzi na reklamację udzielamy pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika, w tym – mailowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 2) Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, informujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 1) Jeżeli osoba fizyczna nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 2) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUiR 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).
- 3) Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania:
 - a) Twojego,
 - b) ubezpieczonego,
 - c) osoby uprawnionej,
 - d) Twojego spadkobiercy,
 - e) spadkobiercy ubezpieczonego,
 - f) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4) Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 5) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z niniejszą częścią, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 2, 3 oraz pkt 4 ppkt 2). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

XI. Postanowienia końcowe

W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nr 1/30/05/2019 z dnia 30 maja 2019 r. i obowiązują od dnia 6 czerwca 2019 r.

Dane kontaktowe

Zgłoszenie roszczenia

- napisz na adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: claims.service@axa.pl
- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony: www.axa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@axa.pl
- zadzwoń do nas: tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w naszej jednostce
- mailowo: ubezpieczenia@axa.pl
- pisemnie – osobiście w naszej siedzibie: AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:
AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 61 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



801 200 200
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



ubezpieczenie
następstw
nieszczęśliwych
wypadków
dla dziecka

Indeks 2019/05

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I część IV
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część V



OWU stosuje się do umów ubezpieczenia zawartych z AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie.

OWU, wniosek o zawarcie umowy oraz polisa stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają wzajemne prawa oraz obowiązki stron, a także regulują warunki ochrony ubezpieczeniowej.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie,
- obowiązkami informacyjnymi wynikającymi z ustawy o prawach konsumenta (dotyczy umowy zawieranej na odległość).

SPIS TREŚCI

Co oznaczają te pojęcia?	3
I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania	5
III. Składka	6
IV. Pomoc assistance	6
V. Nasza odpowiedzialność	7
VI. Zakończenie umowy	8
VII. Zmiana wariantu	8
VIII. Twoje i nasze obowiązki	9
IX. Wypłata świadczenia	9
X. Reklamacje	9
XI. Postanowienia końcowe	10
Dane kontaktowe	10

Co oznaczają te pojęcia?



Ty

Klient – Ubezpieczający, który ma rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku S.A., składa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, mieszka na stałe w Polsce i chce objąć ochroną dzieci.



My

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.



Dziecko

Ubezpieczony – dziecko własne lub przysposobione Twoje lub Twojego partnera, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 20 lat, pozostające na utrzymaniu Twoim lub Twojego partnera, mieszkające na stałe w Polsce.



Wniosek

Dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia.



Polisa

Dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy ubezpieczenia.

1. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.

2. Jaki jest zakres ubezpieczenia?

1) Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- a) pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby,

b) złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,

c) urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej,
d) oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku opisane poniżej.

2) Możesz wybrać jeden z trzech wariantów ubezpieczenia. Możesz go zmienić w każdej chwili – szczegóły w części VII.

Zakres ubezpieczenia	Sumy ubezpieczenia		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	9 000 zł (50 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	18 000 zł (100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	27 000 zł (150 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)
Pobyt w szpitalu w następstwie choroby	4 500 zł (25 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	9 000 zł (50 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)	13 500 zł (75 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej niż przez 180 dni)
Złamania w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Urazy w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	1 800 zł	2 700 zł	3 600 zł
Grupa II	600 zł	900 zł	1 200 zł
Grupa III	200 zł	300 zł	400 zł
Oparzenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku			
Grupa I	3 000 zł	6 000 zł	9 000 zł
Grupa II	1 500 zł	3 000 zł	4 500 zł
Grupa III	1 000 zł	2 000 zł	3 000 zł

Sumy ubezpieczenia odnawiają się co 12 miesięcy.

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

pobyt w szpitalu to spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni. Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala. Taki pobyt musi być potwierdzony dokumentacją medyczną

nieszczęśliwy wypadek to przypadkowe, nagłe 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 wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego

choroba to stwierdzona przez lekarza dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego zewnętrznego lub wewnętrznego, prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w konsekwencji prowadząca do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych narządów lub całego ustroju, po raz pierwszy zdiagnozowana w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej

szpital to działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarstwa i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień, ośrodka (w tym szpitala) sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, oddziału i ośrodka rehabilitacyjnego ani ośrodka, oddziału o pododdziału szpitalnego leczenia nerwic

złamanie to przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną

ZŁAMANIA		
grupa I	grupa II	grupa III
<ul style="list-style-type: none"> kości czaszki (wyłącznie podstawy, z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki) kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej lub kulszowej oraz ogonowej) kości w obrębie stawu biodrowego (panewki stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu, z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych) kości udowej 	<ul style="list-style-type: none"> kości piętowej kości podudzia kości rzepki kości ramiennej lub przedramienia 	<ul style="list-style-type: none"> pozostałe złamania kości niewymienione w grupie złamań I oraz II

urazy rozumiane są jako:

- urazy narządów ruchu** to zmiany czynnościowe w organizmie powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku (NNW), w wyniku którego nie doszło do złamania kości, ale doszło do leczenia co najmniej ambulatoryjnego, a z zalecenia lekarskiego wynika, że narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego lub kamizelki ortopedycznej na okres co najmniej 7 dni oraz wymagana była co najmniej jedna wizyta kontrolna
- urazy narządów wewnętrznych** to zmiany anatomiczne narządów wewnętrznych powstałe w NNW, powodujące utrzymywanie się nieprawidłowych wyników badań obrazowych lub czynnościowych tego narządu w okresie co najmniej 6 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku
- rany cięte i szarpane** – powstałe w NNW uszkodzenie co najmniej pełnej grubości skóry o długości co najmniej 10 cm i zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer; za rany cięte lub szarpane uważa się także rany zadane zębami zwierząt

URAZY NARZĄDU RUCHU		
grupa I	grupa II	grupa III
<ul style="list-style-type: none"> uraz miednicy uraz stawu biodrowego uraz stawu kolanowego uraz narządów wewnętrznych 	<ul style="list-style-type: none"> uraz kręgosłupa uraz stawu barkowego uraz obojczyka (dotyczy urazów stawu mostkowo-obojczykowego i barkowo-obojczykowego) uraz łopatki uraz ramienia uraz stawu łokciowego uraz przedramienia z wyłączeniem nadgarstka uraz stawu nadgarstkowego i dłoni z wyłączeniem palców uraz uda uraz podudzia z wyłączeniem stawu skokowego uraz stawu skokowego i stopy z wyłączeniem palców 	<ul style="list-style-type: none"> uraz palców dłoni (jedno świadczenie na jeden i wiele palców) uraz palucha rany cięte i szarpane

oparzenia to głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, obejmujące:

OPARZENIA		
grupa I	grupa II	grupa III
nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała	nie mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała oraz mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała	nie mniej niż 5% całkowitej powierzchni ciała oraz mniej niż 10% całkowitej powierzchni ciała

UWAGA! Zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych.

3) Dodatkowo zapewnimy pomoc assistance, której opis znajdziesz w tabeli oraz części IV.

Pomoc assistance Rodzaje świadczeń	Limity świadczeń		
	wariant podstawowy	wariant optymalny	wariant premium
Medyczna Platforma Informacyjna, w tym telefoniczna konsultacja z lekarzem lub pielęgniarką	dostępna 24/7 bez żadnych ograniczeń		
Wizyta lekarza medycyny rodzinnej (pediatra, internista) w miejscu pobytu dziecka	2 razy, ale nie więcej niż 1 raz w miesiącu	3 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu	4 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu
Wizyta u lekarza specjalisty (choroby wewnętrzne, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, dermatolog, psychiatra)	2 razy, ale nie więcej niż 1 raz w miesiącu	3 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu	4 razy, ale nie więcej niż 2 razy w miesiącu
Zwrot kosztów leków	2 razy maks. 200 zł na zdarzenie	2 razy maks. 200 zł na zdarzenie	2 razy maks. 300 zł na zdarzenie
Zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego	1 raz maks. 1 000 zł na zdarzenie	1 raz maks. 1 500 zł na zdarzenie	2 raz maks. 1 000 zł na zdarzenie
Transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego (zorganizowanie + pokrycie kosztów)	2 razy	2 razy	3 razy
Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	1 raz maks. 10 zabiegów na zdarzenie	1 raz maks. 15 zabiegów na zdarzenie	2 razy maks. 10 zabiegów na zdarzenie

Limity świadczeń odnawiają się co 12 miesięcy. Pomoc assistance jest udzielana na terenie Polski.

II. Umowa ubezpieczenia – zawarcie i czas trwania

1. W jaki sposób możesz zawrzeć umowę ubezpieczenia?

- Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta, gdy zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę.
- We wniosku jako ubezpieczonego wskazujesz dziecko. Możesz ubezpieczyć wszystkie swoje dzieci lub dzieci partnera.
- Jeśli podejmiemy decyzję, że nie możemy zawrzeć z Tobą umowy, zostaniesz o tym przez nas poinformowany.
- Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę, otrzymasz polisę na adres mailowy podany we wniosku.
- Jeśli w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku nie opłacisz pierwszej składki, anulujemy Twój wniosek. Będziesz musiał go złożyć ponownie, chcąc zawrzeć umowę ubezpieczenia.
- Możesz zawrzeć maksymalnie dwie umowy ubezpieczenia na jedno dziecko na podstawie tych OWU.

2. Jak długo dziecko będzie miało ochronę?

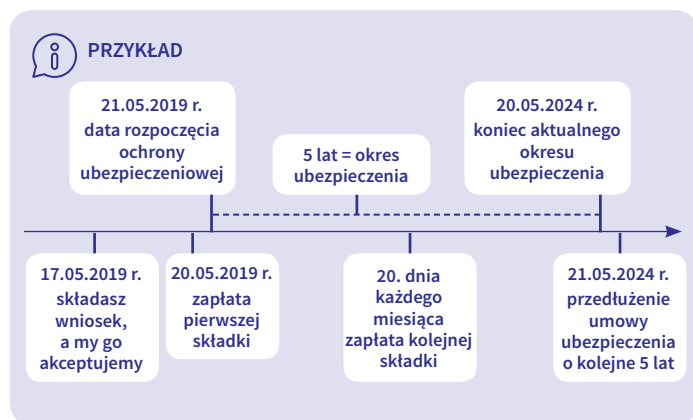
- Umowę zawieramy na 5 lat (okres ubezpieczenia). Okres ten liczymy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej to dzień następujący po dniu, w którym zaakceptujemy Twój wniosek i opłacisz pierwszą składkę; datę tę wskazujemy w polisie

- Twoja umowa ubezpieczenia może ulec przedłużeniu o kolejne 5-letnie okresy, pod warunkiem że dziecko nie ukończy 20 lat w dniu, w którym ma nastąpić przedłużenie umowy ubezpieczenia, i zgodziłeś się na to we wniosku.
- Na 30 dni przed końcem okresu ubezpieczenia prześlemy Ci na piśmie lub mailem:
 - propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia o kolejny okres ubezpieczenia; wysyłając propozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia poinformujemy Cię, czy przedłuża się ona na tych samych warunkach, czy na innych – jeśli na innych, powiadomimy Cię, co ulegnie zmianie, albo

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

- b) informację, że nie będziemy kontynuować umowy ubezpieczenia.
- 4) Umowa ubezpieczenia na warunkach przedstawionych w propozycji zostanie przedłużona o kolejny okres ubezpieczenia z chwilą zapłaty składki, w wysokości i terminie wskazanych w propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.



III. Składka

1. Jak ustalamy wysokość składki?

- 1) Wysokość składki wynika z taryfy składek, która obowiązuje w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę wariantu, lub w dniu złożenia propozycji przedłużenia umowy ubezpieczenia.
- 2) Składkę obliczamy za czas naszej odpowiedzialności na podstawie:
 - a) sumy ubezpieczenia w wybranym wariantcie,
 - b) sposobu płatności składki i częstotliwości jej opłacania.

2. Jak opłacasz składkę?

- 1) Składkę opłacasz co miesiąc na rachunek bankowy. Wysokość i terminy płatności składki podaliśmy w polisie.
- 2) Jeśli nie zaptacisz w terminie składki, wezwiemy Cię do jej opłacenia. Masz 7 dni na zapłatę od dnia otrzymania wezwania. Gdy tego nie zrobisz, nasza odpowiedzialność wygaśnie z ostatnim dniem terminu wyznaczonego do zapłaty. Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, a ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie.

IV. Pomoc assistance

1. Z jakiej pomocy można skorzystać?

- 1) W ramach Pomocy assistance możesz skorzystać z następujących świadczeń:
 - a) infolinia medyczna,
 - b) telefoniczna konsultacja z lekarzem lub pielęgniarką,
 - c) wizyta lekarza medycyny rodzinnej, pediatry lub internisty w miejscu przebywania dziecka,
 - d) wizyta u lekarza specjalisty (choroby wewnętrzne, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, dermatolog, psychiatra),
 - e) zwrot kosztu leków,
 - f) organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji,
 - g) zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego,
 - h) transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca pobytu lub pomiędzy placówkami medycznymi zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego.
- 2) Wszystkie świadczenia assistance realizuje Centrum Pomocy Assistance. Jeśli chcesz z nich skorzystać, zadzwoń pod numer infolinii podany na końcu OWU.

MEDYCZNA PLATFORMA INFORMACYJNA

Zadzwoń na Medyczną Platformę Informacyjną, jeśli potrzebujesz:

- a) informacji o natychmiastowej pomocy medycznej, chorobach i badaniach, zachowaniach prozdrowotnych,
- b) telefonicznej konsultacji medycznej z lekarzem lub pielęgniarką;
- c) informacji o danych teleadresowych przychodni, szpitali, aptek, placówek opieki społecznej i hospicjów.

2. Co zapewniamy w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej?

- 1) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę istniejących możliwości, udzielą Ci telefonicznie ogólnej informacji o:
 - a) stanach, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania,
 - b) profilaktyce i stylu życia, które mogą zmniejszyć ryzyko zachorowań,
 - c) badaniach kontrolnych i profilaktycznych dla określonych grup wiekowych,
 - d) uwarunkowaniach dotyczących poszczególnych schorzeń,
 - e) badaniu się w warunkach domowych,
 - f) przygotowaniu się do zabiegów i pobycie w szpitalu,
 - g) placówkach medycznych (lekarzach ogólnych, szpitalach, przychodniach, spółdzielniach lekarskich) – dane teleadresowe, godziny pracy, numery telefonów, umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),
 - h) placówkach diagnostycznych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych oraz leczenia zamkniętego (szpitalach prywatnych, szpitalach najwyższego stopnia referencji oraz klinikach uniwersytetów medycznych) w Polsce,
 - i) placówkach opieki społecznej i hospicjach,
 - j) aptekach i sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym.
- 2) Konsultanci Medycznej Platformy Informacyjnej oraz personel medyczny, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzielą również telefonicznej ogólnej informacji na temat:
 - a) chorób, typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia w Polsce,
 - b) diet, zdrowego odżywiania, aktywnego spędzania czasu, walki ze stresem, odpoczynku i snu,
 - c) opisów/wyników badań,
 - d) przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
 - e) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - f) leków (objawy niepożądane, interakcje z innymi lekami) i ich refundacji,
 - g) terapii ruchem, terapii zajęciowej, muzykoterapii, arteterapii i innych alternatywnych metod leczenia i relaksacji (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
 - h) uwarunkowań medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - i) grup wsparcia, telefonów zaufania w Polsce.
- 3) Jeśli chcesz skorzystać ze szpitali należących do sieci Centrum Pomocy Assistance, udzielimy Ci telefonicznej informacji, gdzie je znajdziesz, jakie usługi świadczą i jaki jest koszt tych usług (jeśli nie refunduje ich NFZ).
- 4) Centrum Pomocy Assistance zapewni dziecku lub opiekunowi dziecka możliwość telefonicznej konsultacji z lekarzem lub pielęgniarką.

WIZYTA LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ LUB U LEKARZA SPECJALISTY

3. Kiedy można skorzystać z wizyty lekarza medycyny rodzinnej lub u lekarza specjalisty?

- 1) Jeśli dziecko nagle zachoruje, Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt wizyty lekarza medycyny rodzinnej, pediatry lub internisty w miejscu pobytu dziecka.
- 2) W przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Centrum Pomocy Assistance, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszt wizyty dziecka u lekarza specjalisty.
- 3) Termin wizyty u lekarza podamy Ci w ciągu 3 dni roboczych. Wizytę umówimy zgodnie z Twoimi preferencjami, o ile będzie to możliwe.
- 4) Informacje o liczbie wizyt w wybranym przez Ciebie wariantcie znajdziesz w tabeli w części I.

ZWROT KOSZTÓW LEKÓW

4. Kiedy pokryjemy koszty leków?

- 1) Jeśli lekarz na wizycie zorganizowanej przez Centrum Pomocy Assistance zaleci dziecku przyjmowanie leków na receptę, pokryjemy ich koszt do wysokości wskazanej w tabeli w części I.
- 2) Przed zwrotem kosztu leków skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance w celu weryfikacji zasadności świadczenia.
- 3) Zwrotu kosztów leków dokonamy na podstawie przedstawionych faktur lub paragonów.

TRANSPORT MEDYCZNY

5. Kiedy przysługuje transport medyczny?

- 1) Jeśli zaistnieje konieczność przewiezienia dziecka w razie zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku:
 - a) z miejsca pobytu dziecka do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego,
 - b) z placówki medycznej do miejsca pobytu,
 - c) pomiędzy placówkami medycznymi, zgodnie ze wskazaniami lekarza prowadzącego,Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt transportu dziecka wraz z opiekunem środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia dziecka.
- 2) O wyborze środka transportu decyduje Centrum Pomocy Assistance w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- 3) Informacje o liczbie świadczeń w wybranym przez Ciebie wariantcie znajdziesz w tabeli w części I.

ZWROT KOSZTÓW SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

6. Kiedy przysługuje zwrot kosztów sprzętu rehabilitacyjnego?

Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku dziecku zostanie zalecone używanie sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy Assistance pokryje koszt wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza prowadzącego. Pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia takiego sprzętu rehabilitacyjnego do limitu wskazanego w tabeli w części I.

7. Co musisz zrobić, aby otrzymać zwrot kosztów?

- 1) Przed zakupem lub wypożyczeniem sprzętu rehabilitacyjnego skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance w celu weryfikacji zasadności świadczenia.
- 2) Zwrotu kosztów leków dokonamy na podstawie przedstawionych faktur lub paragonów.

REHABILITACJA

8. Kiedy przysługuje rehabilitacja?

- 1) Jeśli dziecku zostanie zalecona rehabilitacja przez lekarza prowadzącego, Centrum Pomocy Assistance zorganizuje i pokryje koszt wizyt dziecka w najbliższej jego miejscu pobytu poradni rehabilitacyjnej w zakresie następujących procedur medycznych: techniki terapii manualnej z zastosowaniem trakcji mechanicznej, cykloergometru, diatermii, podczerwieni, termożelu, ultrafioletu, ultradźwięków, jonoforezy, elektrostymulacji, prądów diadynamicznych, interferencyjnych, Kotza, Tens, Träberta, impulsowego pola magnetycznego, laseroterapii punktowej, krioterapii miejscowej.
- 2) Informację o liczbie zabiegów rehabilitacyjnych w wybranym przez Ciebie wariantcie znajdziesz w tabeli w części I.

V. Nasza odpowiedzialność

1. Kiedy rozpoczyna się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

2. Kiedy kończy się odpowiedzialność?

Nasza odpowiedzialność wygasa:

- a) z dniem, w którym odstąpiłeś od umowy ubezpieczenia;
- b) z upływem okresu, na jaki zawarłeś z nami umowę ubezpieczenia, jeśli nie została przedłużona na kolejny okres;
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeśli Ty ją wypowiedziałeś;
- d) z dniem, w którym rozwiążesz umowę o rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy w mBanku;
- e) w terminie 7 dni od otrzymania wezwania, jeśli nie zaptaczisz zaległej składki;
- f) z dniem śmierci dziecka.

3. Kiedy odpowiedzialność jest wyłączone?

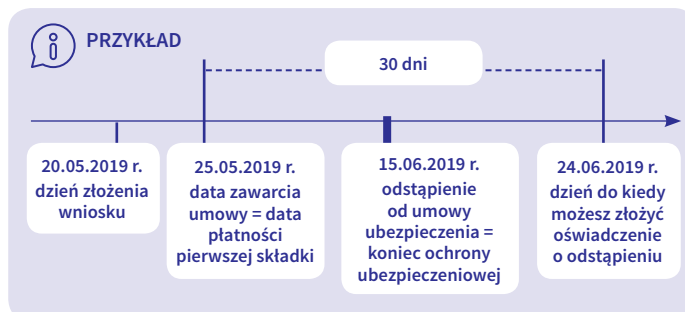
- 1) Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu nie wypłacimy, jeśli taki pobyt jest skutkiem:
 - a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - d) samookaleczenia dziecka lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - e) spożycia przez dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie dziecka 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;
 - f) udziału dziecka w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna takie jak: schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami, sporty powietrzne, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał;

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

- g) wyprawy dziecka do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- h) 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.
- 2) Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu nie wypłacimy, jeśli celem pobytu w szpitalu jest:
- a) wykonywanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
- b) wykonywanie dziecku zabiegów rehabilitacyjnych;
- c) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
- 3) Świadczenia z tytułu złamania, urazu lub oparzenia nie wypłacimy lub pomoc assistance nie zostanie zorganizowana, jeśli zdarzenie jest skutkiem:
- a) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wymienionych czynników w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- c) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- d) spożycia przez dziecko alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie dziecka 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.

poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.

- 2) Jeśli odstąpisz od umowy ubezpieczenia, ochrona wygasa z chwilą, gdy otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Zwrócimy Ci wówczas całą wpaconą składkę na wskazany przez Ciebie rachunek bankowy.



2. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia?

- 1) W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.
- 2) Jeśli wypowiedzisz umowę ubezpieczenia:
- a) najpóźniej na dwa dni przed terminem zapłaty kolejnej składki – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu, za który została zapłacona składka;
- b) dzień przed terminem zapłaty składki lub w terminie jej zapłaty – umowa ulega rozwiązaniu i ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem następnego okresu, za który została zapłacona składka.
- Opis procesu w formie graficznej poniżej.*
- 3) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć:
- a) na piśmie,
- b) za pośrednictwem połączenia telefonicznego (mLinii) albo połączenia audio lub wideo wykonywanego za pośrednictwem strony www.mbank.pl,
- c) w systemie transakcyjnym mBanku (o ile ma on taką funkcję).

VI. Zakończenie umowy

1. Kiedy możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia?

- 1) Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia. Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie

VII. Zmiana wariantu

1. Kiedy możesz zmienić wariant ubezpieczenia?

- 1) Jeśli nie masz zaległości w opłaceniu składki, w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia możesz złożyć wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia.



- 2) Wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć za pośrednictwem systemu transakcyjnego mBanku.
- 3) Złożenie wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia kończy się płatnością składki w nowej wysokości. Brak zapłaty składki w nowej wysokości powoduje odrzucenie wniosku o zmianę.
- 4) Kolejny wniosek o zmianę wariantu ubezpieczenia możesz złożyć po upływie 35 dni od dnia zaakceptowania poprzedniego wniosku.

2. Od kiedy będzie obowiązywał nowy wariant?

Jeśli zaakceptujemy Twój wniosek o zmianę wariantu, nowy wariant ubezpieczenia będzie obowiązywał od dnia odpowiadającego dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej następującemu bezpośrednio po złożeniu wniosku o zmianę wariantu.

VIII. Twoje i nasze obowiązki

1. Jakie są Twoje obowiązki?

- 1) Terminowe opłacanie składki w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Informowanie nas o zmianach okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia.

2. Jakie są nasze obowiązki?

My zobowiązani jesteśmy do tego, aby:

- 1) doręczyć Ci OWU i inne dokumenty w nich wymienione przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 2) wystawić i doręczyć Ci polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) wypłacić świadczenie zgodnie z umową ubezpieczenia i przepisami prawa;
- 4) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania, które wynikają z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.

IX. Wypłata świadczenia

1. Co zrobić, aby otrzymać świadczenie?

- 1) Należy wypełnić wniosek o wypłatę świadczenia i dostarczyć go do nas wraz z dokumentacją medyczną wskazaną we wniosku. Wniosek znajdziesz na stronie www.axa.pl lub www.mbank.pl.
- 2) Dokumenty można przekazać nam przez stronę www.axa.pl, mailowo lub pocztą na adres wskazany na końcu OWU.
- 3) Możemy prosić o dodatkowe dokumenty, jeśli będzie to niezbędne do wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenia wypłacone z umowy ubezpieczenia podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów regulujących opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązujących w chwili wypłaty świadczenia.

2. Jak długo czeka się na wypłatę?

- 1) Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, wówczas spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsportną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym zgłoszono nam wniosek o wypłatę świadczenia.
- 3) Naszą decyzję prześlemy na piśmie lub mailowo, a jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu – zawsze na piśmie. Wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie realizujemy przelewem lub przekazem pocztowym.

X. Reklamacje

1. Kiedy można złożyć reklamację?

- 1) W każdym przypadku Ty, dziecko lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia będąca osobą fizyczną, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca uprawnionym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

2. Jak można złożyć reklamację?

Reklamację można złożyć:

- a) ustnie – w naszej jednostce do protokołu lub na naszej infolinii,
- b) mailowo – na adres: ubezpieczenia@axa.pl,
- c) pisemnie – na adres: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-876 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie.

3. Jak udzielimy odpowiedzi na reklamację?

- 1) Odpowiedzi na reklamację udzielamy pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika, w tym – mailowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mailowo, poinformuj nas o tym.
- 2) Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 3) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, poinformujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

4. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 1) Jeżeli osoba fizyczna nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 2) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia TUIR 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).
- 3) Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania:
 - a) Twojego,

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla dziecka

- b) dziecka,
 - c) osoby uprawnionej,
 - d) Twojego spadkobiercy,
 - e) spadkobiercy dziecka,
 - f) spadkobiercy osoby uprawnionej.
- 4) Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 5) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

5. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji, zgodnie z niniejszą częścią, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie posta-

nowienia pkt 2, 3 oraz pkt 4 ppkt 2). W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

XI. Postanowienia końcowe

W sprawach, których nie regulują OWU oraz umowa ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nr 1/30/05/2019 z dnia 30 maja 2019 r. i obowiązują od dnia 6 czerwca 2019 r.

Dane kontaktowe

Chcesz skorzystać z Pomocy assistance – skontaktuj się z Centrum Pomocy Assistance

tel. + 48 22 529 84 05

Chcesz zgłosić roszczenie

- napisz na adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
- wyślij zgłoszenie mailem na adres: claims.service@axa.pl
- możesz zgłosić roszczenie za pośrednictwem naszej strony: www.axa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@axa.pl
- zadzwoń do nas: tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- ustnie – telefonicznie pod numer tel. + 48 22 555 05 06
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w naszej jednostce
- mailowo: ubezpieczenia@axa.pl
- pisemnie – osobiście w naszej siedzibie: AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:
AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 61 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



801 200 200
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury