



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Orange Finance
produkty bankowe dostarcza mBank

Ogólne warunki

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

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia spłaty karty Plus dla Posiadaczy kart mBanku S.A.
Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 § 7

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty karty Plus dla Posiadaczy kart mBanku S.A., zwane w dalszej części „OWU”, stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia pomiędzy AXA Ubezpieczeniowym Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną, zwaną dalej „Towarzystwem”, a mBankiem Spółką Akcyjną, zwaną dalej „Bankiem”. Umowa ta zwana jest dalej „Umową ubezpieczenia”.
- Umowa zawarta zostaje na rachunek Posiadaczy kart mBanku S.A.
- Zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie potwierdzone przez Towarzystwo Polisa generalną, stanowiącą z OWU integralną część Umowy ubezpieczenia.
- Na podstawie niniejszych OWU Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na warunkach określonych w OWU.

Definicje pojęć

§ 2

Terminy użyte w OWU oraz innych dokumentach związanych z OWU oznaczają:

- całkowita niezdolność do pracy:**
 - w przypadku osób niemających ustanowionego prawa do renty lub emerytury – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie orzeczona pierwszorazowo, na okres powyżej 24 miesięcy, przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie,
 - w przypadku osób mających ustanowione prawo do renty lub emerytury – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji orzeczona pierwszorazowo, na okres powyżej 24 miesięcy, przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie;
- choroba** – 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;
- choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99);
- cykl rozliczeniowy** – okres, w którym rozliczane są transakcje dokonane Kartą i kartami dodatkowymi, będący podstawą naliczania przez Ubezpieczającego salda zadłużenia w wyciągu miesięcznym z rachunku, zgodnie z Umową o korzystanie z karty danego Posiadacza karty;
- czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku** – niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana pobytem w szpitalu, trwającym nieprzerwanie co najmniej 14 dni, w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego;
- czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim** – niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia pracy zarobkowej, poświadczona przez lekarza wydaniem zwolnienia lekarskiego albo zwolnień lekarskich na nieprzerwany okres nie krótszy niż 30 dni, spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem;
- jazda próbna** – posługiwanie się w ruchu drogowym pojazdem, polegające na eksploatacji pojazdu w ramach badań i prób prowadzonych przez przedsiębiorstwa produkujące pojazdy lub ich części albo elementy ich wyposażenia, a także przez prowadzące takie badania placówki naukowo-badawcze;
- Karta** – karta kredytowa główna wydawana przez Bank Posiadaczowi karty na podstawie Umowy o korzystanie z karty;
- lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza;

- 10) minimalna kwota spłaty** – minimalna kwota jaka powinna być spłacona przez Posiadacza karty, w wysokości i terminie wskazanym przez Bank na wyciągu miesięcznym;
- 11) nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 12) pobyt w szpitalu** – stałe, nieprzerwane przebywanie Ubezpieczonego w szpitalu (bądź w szpitalach, jeżeli zmiana szpitala nastąpiła w ramach kontynuacji leczenia) w celu leczenia, trwające nieprzerwanie co najmniej 14 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do dnia wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; jeśli w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego; za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się pierwszy dzień pobytu w szpitalu, wykazany w karcie informacyjnej wypisu ze szpitala;
- 13) Polisa generalna** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem a Bankiem;
- 14) Posiadacz karty** – osoba fizyczna uprawniona do korzystania z Karty, która zawarła z Bankiem Umowę o korzystanie z karty;
- 15) saldo zadłużenia** – całość zobowiązań Posiadacza karty wobec Ubezpieczającego, wynikających z Umowy o korzystanie z karty, poza należnościami przeterminowanymi, wyrażona w walucie polskiej (PLN); zobowiązania obejmują sumę transakcji dokonanych przy użyciu Karty i kart dodatkowych w ramach Umowy o korzystanie z karty, według stanu rzeczywistego na dzień obliczania salda zadłużenia, opłaty i prowizje naliczone z tytułu posługiwania się Kartą i kartami dodatkowymi oraz naliczone odsetki od zadłużenia; saldo zadłużenia nie obejmuje transakcji niezaksięgowanych na dzień jego obliczania; w przypadku kredytu ratalnego do salda zadłużenia nie wlicza się kwoty kredytu ratalnego pozostającego do spłaty, z wyjątkiem najbliższej wymaganej raty tego kredytu;
- 16) Suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa;
- 17) szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 18) terroryzm/sabotaż** – nielegalne akcje indywidualne lub grupowe organizowane z pobudek politycznych, religijnych lub ideologicznych skierowane przeciwko osobom lub obiektom:
- w celu zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego (terroryzm),
 - w celu dezorganizacji funkcjonowania transportu publicznego, zakładów produkcyjnych lub usługowych (sabotaż);
- 19) transakcja** – przelew z rachunku Karty, wypłata gotówki albo zapłata za towary lub usługi dokonana przy użyciu Karty i kart dodatkowych w ramach jednej Umowy o korzystanie z karty;
- 20) Ubezpieczający** – Bank, zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacania składki;
- 21) Ubezpieczony** – Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową, który ukończył 18 lat i nie ukończył 70. roku życia;
- 22) Umowa o korzystanie z karty** – „Umowa kredytu – karta kredytowa” zawarta na podstawie Umowy o świadczenie usług bankowych w Banku pomiędzy Posiadaczem Karty a Bankiem, będąca podstawą wydania Karty i kart dodatkowych oraz regulująca zasady ich używania;
- 23) Uposażony** – osoba (lub osoby) wskazana/-e przez Ubezpieczonego jako uprawniona/-e do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest członkom rodziny Ubezpieczonego, według następującej kolejności:
- małżonkowi, a w razie jego braku
 - dzieciom, w równych częściach, a w razie ich braku
 - rodzicom, w równych częściach, a w razie ich braku
 - rodzeństwu w równych częściach, a w razie jego braku
 - spadkobiercom ustawowym w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeżeli nie ma przedstawicieli żadnej z powyżej wymienionych grup;
- 24) Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, którym jest:
- Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w oświadczeniu o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia, do wysokości zobowiązania wynikającego z Umowy o korzystanie z karty, zgodnie z zapisami § 4,
 - w pozostałej wysokości Ubezpieczony lub,
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony wskazany przez Ubezpieczonego, lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia;
- 25) wojna** – wojna domowa, konflikt zbrojny z innym państwem, bunt, przewrót, działanie sił zbrojnych, wprowadzenie stanu wojennego lub wyjątkowego;
- 26) wyciąg miesięczny** – generowane cyklicznie zestawienie transakcji określające saldo zadłużenia Posiadacza karty z tytułu transakcji dokonanych przy użyciu Karty i kart dodatkowych w ramach Umowy o korzystanie z karty wraz z należnymi odsetkami, prowizjami i opłatami, wskazujące również wysokość minimalnej kwoty spłaty;
- 27) zamieszki** – gwałtowne demonstracje lub wrogie akcje skierowane przeciwko władzy, których celem jest zmiana istniejącego porządku prawnego;
- 28) zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku albo czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w postaci śmierci Ubezpieczonego oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków lub chorób Ubezpieczonego w postaci całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu oraz czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej zwolnieniem lekarskim.
- Zakresem ubezpieczenia są objęte następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli nastąpiła w okresie 180 dni kalendarzowych od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - całkowita niezdolność do pracy**, jeżeli nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
 - czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
 - czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim**, jeżeli nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce na terytorium całego świata.

Suma ubezpieczenia

§ 4

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz całkowitej niezdolności do pracy jest równa saldu zadłużenia pozostającego do spłaty na rzecz Banku w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 105% przyznanego limitu kredytowego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim jest równa 12 minimalnym kwotom spłaty należnym z tytułu zawartej Umowy o korzystanie z karty w okresie ubezpieczenia, po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 60% przyznanego limitu kredytowego.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest na roczne okresy ubezpieczenia, liczone od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub rocznicy jej rozpoczęcia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji i epilepsji;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 3) zażycia przez Ubezpieczonego środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 5) świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) wojny, działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach, rozruchach;
 - 10) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 13) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 14) wad wrodzonych, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 15) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 16) uprawiania dyscyplin sportowych będących źródłem dochodu Ubezpieczonego;
 - 17) uczestnictwa Ubezpieczonego w wyścigach samochodowych, konkursach sportowych, rajdach, treningach, jazdach próbnych, a także w próbach szybkościowych;
 - 18) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem następujących chorób lub niepełnosprawności: chorób niedokrwiennych serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, niewydolności nerek, zwióknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, choroby psychicznej, zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia, i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli czasowa niezdolność do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim jest skutkiem dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - 1) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;

- 4) leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 5) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzona zwolnieniem lekarskim związana jest z pobytem w szpitalu, którego celem jest:
- 1) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 4) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia. Obowiązki Towarzystwa i Ubezpieczającego

§ 6

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić każdy Posiadacz karty, który ukończył 18. rok życia i nie ukończył 70. roku życia.
2. Posiadacz karty przystępuje do Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, ustnej przez telefon lub w formie elektronicznej, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
3. Do Umowy ubezpieczenia nie mogą przystąpić posiadacze kart dodatkowych, wydawanych w ramach Umowy o korzystanie z karty na wniosek Posiadacza karty.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Posiadaczowi karty na piśmie lub innym trwałym nośniku, jeżeli Posiadacz karty wyrazi na to zgodę, treści niniejszych OWU, przed wyrażeniem zgody przez Posiadacza karty na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

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

- 2) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy w wyniku choroby, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby oraz czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – po upływie 30 dni od dnia złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych trwa do ostatniego dnia danego cyklu rozliczeniowego i przedłuża się automatycznie na kolejne okresy określone terminami kolejnych cykli rozliczeniowych.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy o korzystanie z karty;
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka;
 - 5) z końcem okresu, za który została zapłacona składka – w przypadku wystąpienia z Umowy ubezpieczenia;
 - 6) z ostatnim dniem cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia.

Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia, tzn. zrezygnować z automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania. Ubezpieczony składa w tym celu Ubezpieczającemu oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, ustnej przez telefon lub w formie elektronicznej, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
2. W przypadku wystąpienia z Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała do końca okresu, za który została zapłacona składka.
3. W przypadku wystąpienia z Umowy ubezpieczenia Posiadacz karty może ponownie przystąpić do Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na czas nieokreślony.
2. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, tzn. Ubezpieczający (Bank) i Towarzystwo, ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w każdej chwili, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia składane jest Towarzystwu w formie pisemnej. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia oraz wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 10

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę za wszystkich Ubezpieczonych miesięcznie, w terminach i wysokości określonych w Polisie generalnej, na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

2. Składkę oblicza się za czas odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wartość należnej składki naliczana jest z dołu i obliczana jako iloczyn sumy sald zadłużenia na ostatni dzień danego cyklu rozliczeniowego i stawki podanej w Polisie generalnej.
4. Składkę ustala się, biorąc pod uwagę:
 - 1) okres odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) liczbę Kart;
 - 3) wysokości poszczególnych Sum ubezpieczenia;
 - 4) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo powstania zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 11

1. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia do Towarzystwa powinno zawierać:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) numer Karty wraz z imieniem i nazwiskiem Posiadacza karty;
 - 3) kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego/Uposażonego;
 - 4) dokument potwierdzający zajście zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) w przypadku śmierci – odpis skrócony aktu zgonu oraz zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
 - b) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy – orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy, oraz dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę całkowitej niezdolności do pracy,
 - c) w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku – kserokopię karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego, oraz historię pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w przypadku czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej zwolnieniem lekarskim – kserokopię zwolnienia lekarskiego potwierdzającego czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, poświadczoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę, Ubezpieczającego lub odpowiednie władze;
- 5) inne wskazane przez Towarzystwo dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia, o ile dokumenty wskazane w ust. 1 pkt 1)–4) okazały się niewystarczające, a Towarzystwo nie może uzyskać ich na podstawie posiadanych uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
2. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu Ubezpieczonego.
3. W przypadku **całkowitej niezdolności do pracy** Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wydania orzeczenia przez lekarza ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie.
4. W przypadku **czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku**, trwającym co najmniej 14 dni i nie dłużej niż 30 dni, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości jednej minimalnej kwoty spłaty przypadającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, trwającego powyżej 30 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości minimalnych kwot spłaty przypadających do zapłaty podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jednak każdorazowo nie więcej niż pierwsza minimalna kwota spłaty przy-

padającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 2 i ust. 3 niniejszych OWU.

5. W przypadku **czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej zwolnieniem lekarskim**, trwającej nieprzerwanie 30 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości jednej minimalnej kwoty spłaty przypadającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej zwolnieniem lekarskim, trwającej nieprzerwanie powyżej 30 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości minimalnych kwot spłaty przypadających do zapłaty podczas trwania zwolnienia lekarskiego, jednak każdorazowo nie więcej niż pierwsza minimalna kwota spłaty przypadającej do zapłaty po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 2 i ust. 3 niniejszych OWU.
6. Jeżeli Ubezpieczony upoważni Bank do otrzymywania świadczeń z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie bezpośrednio na rachunek Ubezpieczonego wskazany w Umowie o korzystanie z karty.
7. Ustalenie zasadności roszczenia i wysokości świadczenia następuje na podstawie dokumentacji.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
9. Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, chyba że wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia w terminie 30 dni okazało się niemożliwe. Wówczas świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że Towarzystwo wypłaci bezsporną w świetle przedłożonych dokumentów część świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
10. Świadczenie wypłacane jest w walucie polskiej (PLN).

Reklamacje

§ 12

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wносить Reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać do Towarzystwa w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 444 70 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: serwis@axaubezpieczenia.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia TUIR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - drogą pocztową na adres:
AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca Reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej Reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej Reklamację, przy składaniu Reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni,

Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia Reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca Reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na Reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca Reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w ust. 10 poniżej.
10. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Informacja prawna

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

Postanowienia końcowe

§ 13

1. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
2. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami OWU stosuje się przepisy prawa polskiego.
3. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty karty Plus dla Posiadaczy kart mBanku S.A. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. nr AXAU/2016/6/5/4 z dnia 30.06.2016 r. i wchodzi w życie z dniem 1.08.2016 r.

W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego prosimy o kontakt z Centrum Pomocy AXA Ubezpieczenia pod numerem telefonu +48 22 459 10 00.

Numer Polisy generalnej: 9000085.