



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Indeks KO/18/10/01

Ogólne warunki

ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce

Formularz do Ogólnych warunków Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01

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
	§ 12
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust 2 i 3
	§ 9

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej Towarzystwem).
2. Niniejsze OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia, określając prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia oraz Ubezpieczonych, a także regulują zasady, na jakich Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową i ją świadczy.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Bank** – AS INBANK z siedzibą w Tallinnie, przy ulicy Niine 11, Harju maakond, 10414, Estonia, działający w Polsce poprzez AS Inbank S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (00-446), przy ul. Fabrycznej 5a, pełniący rolę agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** (dotyczy wyłącznie osób, które nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 24 miesiące – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 3) **Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** (dotyczy wyłącznie osób, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji, orzeczona w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 24 miesiące – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, trwająca nieprzerwanie, co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień zapłaty Składek w wymaganej wysokości, będący jednocześnie dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 6) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio w przypadku:
 - a) śmierci – dzień zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - c) Poważnego zachorowania – data zdiagnozowania Poważnego zachorowania wskazana w dokumentacji medycznej,
 - d) Pobytu w szpitalu oraz Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu wskazany w karcie informacyjnej wypisu ze Szpitala,
 - e) Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień zwolnienia lekarskiego;
- 7) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła Umowę ubezpieczenia za pośrednictwem Banku;
- 8) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 9) **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 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 przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – czas, przez jaki Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową na podstawie zawartej Umowy ubezpieczenia; maksymalny Okres ubezpieczenia wynosi 72 miesiące; Okres ubezpieczenia wskazany jest we Wnioskopolisie;
- 11) **Pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy Pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni; Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 12) **Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy Pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 13) **Poważne zachorowanie** – jedna z niżej określonych chorób, o ile ich stwierdzenie przez lekarza nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - i) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - ii) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - iii) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - iv) przeszczepienie szpiku kostnego;rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
 - b) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
 - c) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
 - e) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi;
ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka;z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - i) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - ii) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,

- iii) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - iv) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - v) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- f) udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- i) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - ii) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - iii) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile takie badania były przeprowadzone); z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki:
 - i) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - ii) zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - iii) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - iv) jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- g) zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym, co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- h) przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- i) serce,
 - ii) płuca,
 - iii) wątroba,
 - iv) nerki,
 - v) trzustka;
- ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- i) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - j) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - k) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - i) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - ii) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
 - l) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obu stroną utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 14) Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia przez Ubezpieczającego do Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 15) Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego określona we Wnioskopolisie;
- 16) 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, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, szpitala lub ośrodka uzdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 17) Świadczenie miesięczne** – kwota świadczenia w wysokości określonej we Wnioskopolisie wypłacana przez Towarzystwo miesięcznie z tytułu Umowy ubezpieczenia w razie zajścia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych: Poważne zachorowanie, Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy;
- 18) Ubezpieczający** – Klient Banku, będący jednocześnie Ubezpieczonym;
- 19) Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach wskazanych w niniejszych OWU;
- 20) Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU, potwierdzona Wnioskopolisą;
- 21) Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, świadczenie wypłacane jest, z pominięciem Uposażonego, według następującej kolejności:
- a) współmałżonkowi,
 - b) dzieciom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka,
 - c) rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka i dzieci,
 - d) rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców,
 - e) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;

- 22) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, którym jest Ubezpieczony, a w przypadku jego śmierci Uposażony albo inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 23) **Wnioskopolisa** – dokument zawierający wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a także potwierdzający jej zawarcie, który zawiera oświadczenia woli Ubezpieczającego niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 24) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo:
 - a) śmierć Ubezpiezonego,
 - b) Całkowita niezdolność do pracy,
 - c) Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - d) Czasowa niezdolność do pracy,
 - e) Pobyt w szpitalu,
 - f) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) Poważne zachorowanie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie oraz zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpiezonego;
 - 2) Poważne zachorowanie;
 - 3) Całkowitą niezdolność do pracy;
 - 4) Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 5) Pobyt w szpitalu;
 - 6) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) Czasowa niezdolność do pracy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje Ubezpieczonym, wobec których może zostać orzeczona Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonym, którzy posiadają tytuł do ubezpieczenia chorobowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego i zaakceptowanego przez Towarzystwo.
2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Klient, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18. rok życia i jednocześnie w chwili zakończenia Umowy ubezpieczenia nie ukończy 75. roku życia;
 - 2) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia jest klientem Banku;
 - 3) posiada stałe miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) złoży oświadczenia niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, będące częścią Wnioskopolisy.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany we Wnioskopolisie.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpiezonego 75. roku życia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

6. Zawarcie kolejnej Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego na podstawie niniejszych OWU jest możliwe, o ile łączna Suma ubezpieczenia w związku z ochroną ubezpieczeniową, która miałaby być świadczona przez Towarzystwo na podstawie niniejszych OWU, nie będzie przekraczała kwoty 420 000 zł (czterysta dwadzieścia tysięcy złotych).

Okres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem że pobyt oraz czasowa niezdolność nie wynikły z nieszczęśliwego wypadku, rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpiezonego;
 - 3) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia;
 - 4) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 5) z dniem wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia.

Sumy ubezpieczenia, Świadczenie miesięczne i ich wysokości

§ 6

Suma ubezpieczenia i świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego, Całkowitej niezdolności do pracy oraz Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego, Całkowitej niezdolności do pracy oraz Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji nie może być wyższa niż 1.300 000 zł, i jest wskazana we Wnioskopolisie.
2. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu

3. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenie miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
4. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Pobytu w szpitalu nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
5. W przypadku tego samego nieprzerwanego Pobytu w szpitalu:
 - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne jest należne po 5-dniowym nieprzerwanym Pobycie w szpitalu,
 - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu.
6. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

7. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.

8. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
9. W przypadku tego samego nieprzerwanego Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne jest należne po 3-dniowym nieprzerwanym Pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
10. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Poważnego zachorowania

11. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
12. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Poważnego zachorowania nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
13. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest jednorazowo i stanowi 6 kolejnych Świadczeń miesięcznych.
14. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

15. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
16. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
17. Pierwsze Świadczenie miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest należne po 30-dniowym nieprzerwanym przebywaniu na zwolnieniu lekarskim. Kolejne Świadczenia miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego przebywania na zwolnieniu lekarskim.
18. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Składka

§ 7

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę jednorazowo z góry za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa, w wysokości określonej we Wnioskopolisie, na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.
2. Składkę oblicza się za czas odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wysokość Składki jest uzależniona od Sumy ubezpieczenia oraz liczby miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także stawki Składki.
4. Wysokość stawki Składki ustalana jest w oparciu o:
 - 1) Sumy ubezpieczenia;
 - 2) sposób płatności Składki i częstotliwość opłacania Składki;
 - 3) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego lub na wysokość świadczeń ubezpieczeniowych.

Uposażony

§ 8

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy i Pobytu w szpitalu Towarzystwo zwolnione jest z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 5) następujących chorób lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, chorób tętnic, miażdżycy, tętniaka, chorób naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, chorób nowotworowych, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwióknienia i marskości wątroby, chorób trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, chorób psychicznych, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) 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;
 - 7) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;

- 10) 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;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 12) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic.
 4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w Szpitalu jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 4) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 5) 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;
 - 6) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 7) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 8) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
 5. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
 6. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania:
 - 1) które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 7. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 2) bólów kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 3) ciąży Ubezpieczonej.
 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem w Szpitalu, którego celem jest:
 - 1) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) 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;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 10

1. 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 do-

wiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.

2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem, termin, w ciągu którego może on odstąpić od Umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy.
4. Po upływie terminu podanego w ust. 1 i 2 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając oświadczenie Towarzystwu.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
6. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie może być złożone w formie pisemnej lub drogą elektroniczną.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU przez zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 2) potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Wnioskopolisu i doręczenie jej Ubezpieczającemu;
 - 3) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w OWU i przepisach prawa;
 - 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Wypłata świadczenia

§ 12

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
4. W celu potwierdzenia Poważnego zachorowania Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza medycyny wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
5. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
6. Podstawą do wypłaty świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez odpowiednio

Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

7. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem w Towarzystwie, muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.
9. Dokumenty, o których mowa w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Ubezpieczony lub Uprawniony może złożyć za pośrednictwem Banku lub do Towarzystwa na poniższy adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
10. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku albo drogą mailową na adres: ubezpieczenia@axa.pl.

Skargi i reklamacje

§ 13

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych 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, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących 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, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa:
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

5. Reklamacje składa się do zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – 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.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych należy podać nazwę firmy, adres do korespondencji oraz NIP.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w § 15 poniżej.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym w stosunku do Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
13. Konsument ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypad-

kach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 14

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Właściwość sądowa

§ 15

1. Powództwo o roszczenie 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.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.
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 OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 1/28/09/2018 z dnia 28 września 2018 r. i mają zastosowanie od dnia 1 października 2018 r.

Ubezpieczenie Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo:
AXA Życie TU S.A., Polska
nr zezwolenia: BS/1252/U-KP/635/93

Produkt:
Ogólne warunki ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów
AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia podane są w innych dokumentach, w szczególności w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01 (dalej: OWU), zatwierdzonych uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 1/28/09/2018 z dnia 28 września 2018 r. AXA Życie TU S.A. dalej zwane jest AXA Życie.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenia na życie, pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe, w następujących grupach ryzyk według załącznika do ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Dział I: Grupa 1 – Ubezpieczenia na życie; Grupa 5 – Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować następujące ryzyka:

- ✓ śmierć Ubezpieczonego;
- ✓ zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności;
- ✓ całkowita niezdolność do pracy
- ✓ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu;
- ✓ pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- ✓ czasowa niezdolność do pracy.

Uwaga!

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje Ubezpieczonemu, wobec których może zostać orzeczona Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonym, którzy posiadają tytuł do ubezpieczenia chorobowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy lub Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji nie może być wyższa niż 130 000 zł i wskazana jest we Wnioskopolicie.

Suma ubezpieczenia osobno dla każdego z ryzyk: Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania oraz Czasowej niezdolności do pracy wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania.

Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania oraz Czasowej niezdolności do pracy są odnawiane co 24 miesiące.

Wysokość Świadczenia miesięcznego wskazana jest we Wnioskopolicie i nie może być wyższe niż 5 000 zł.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Poddania 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.
- ✗ Leczenia wad wrodzonych Ubezpieczonego.
- ✗ Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli celem Pobytu w szpitalu jest leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.
- ✗ Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji nie przysługuje jeśli orzeczenie zostało wydane na okres krótszy niż 24 miesiące.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

AXA Życie nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu, jeśli są skutkiem:

- ! spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- ! następujących chorób lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, choroby psychicznej jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- ! 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



cd. Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe.

- ! AXA Życie nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej skutkiem samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- ! AXA Życie nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Pobytu w szpitalu lub Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku był związany z wykonywaniem u Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych podobnych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała.

AXA Życie nie ponosi odpowiedzialności i świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnego zachorowania:

- ! które jest skutkiem chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- ! które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- ! którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Cały świat.



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości AXA Życie wszystkie znane sobie okoliczności, o które AXA Życie zapytywało we Wnioskopolisie albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać Składkę za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową lub wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, OWU – na piśmie lub, jeśli Ubezpieczony wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest jednorazowo z góry za cały okres odpowiedzialności w wysokości określonej we Wnioskopolisie na rachunek bankowy wskazany przez AXA Życie.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres trwania umowy rozpoczyna się z chwilą jej zawarcia.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany we Wnioskopolisie. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu płatności wymaganej Składki, dzień ten wskazany jest we Wnioskopolisie. W stosunku do Ubezpieczonych stosuje się karencje w podanych poniżej okresach, liczonych od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: 30 dni – z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Czasowej niezdolności do pracy, 90 dni – z tytułu Poważnego zachorowania.

Karencji nie stosuje się, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało Nieszczęśliwym wypadkiem.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń: z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia; z dniem śmierci Ubezpieczonego; z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia; z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji; z dniem wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia.

Okres trwania umowy kończy się z chwilą jej rozwiązania lub z chwilą wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich ryzyk.



Jak rozwiązać umowę?

Odstępując od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia AXA Życie 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. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim AXA Życie udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiadając Umowę ubezpieczenia w każdym czasie – w takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym AXA Życie otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu.

W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przez konsumenta bez jednoczesnej obecności Stron, przy użyciu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Karta produktu

Umowa ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce

W karcie produktu zawarte są najważniejsze informacje o ochronie ubezpieczeniowej. Karta produktu nie jest elementem Umowy ubezpieczenia. Karta produktu została przygotowana przez AS Inbank S.A. Oddział w Polsce (dalej zwany Bankiem) we współpracy z AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej zwaną AXA Życie lub Ubezpieczycielem) na podstawie Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r., dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance, wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego, i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia podejmij po zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01 (dalej OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

W karcie produktu zostały zawarte również informacje, które agent powinien przekazać klientowi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Zostały one zawarte w sekcji Rola Banku oraz w sekcji Skargi i reklamacje.

Ubezpieczyciel	AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-876) przy ul. Chłodnej 51.
Ubezpieczający	Klient AS Inbank S.A. Oddział w Polsce, będący jednocześnie Ubezpieczonym.
Ubezpieczony	Ubezpieczonym jest osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach wskazanych w OWU i może być nim osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) ukończyła 18. rok życia i jednocześnie w chwili zakończenia Umowy ubezpieczenia nie ukończy 75. roku życia; b) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia jest klientem Banku; c) posiada stałe miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; d) złoży oświadczenia niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia będące częścią Wnioskopisy.
Rola Banku	AS INBANK z siedzibą w Tallinnie, przy ulicy Niine 11, Harju maakond, 10414, Estonia, działający w Polsce przez poprzez AS INBANK Spółka Akcyjna Oddział w Polsce , z siedzibą w Warszawie (00-446), przy ul. Fabrycznej 5A, pełni rolę Agenta Ubezpieczeniowego AXA Życie TU S.A. wpisanego do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem RAU 11238167/A. Rejestr ten dostępny jest na stronie Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl): https://au.knf.gov.pl/Au_online/ . Aby sprawdzić wpis w rejestrze, należy podać dane dotyczące agenta ubezpieczeniowego (np. numer wpisu do RAU oraz nazwę agenta ubezpieczeniowego). Ponadto: 1) w zakresie danych historycznych – wniosek o udzielenie informacji z rejestru agentów może zostać złożony przez agenta ubezpieczeniowego, a także inną osobę prawną lub osobę fizyczną, których informacje dotyczą; 2) w zakresie informacji czy z przedsiębiorcą rozwiązano umowę agencyjną z powodu wykonywania działalności z naruszeniem przepisów prawa, umowy agencyjnej, staranności lub dobrych obyczajów, oraz informacji, o których mowa w art. 57 ust. 4 i 5 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń – wniosek może złożyć zakład ubezpieczeń lub przedsiębiorca, którego informacja dotyczy, do Polskiej Izby Ubezpieczeń.

cd. Rola Banku	<p>W związku z proponowanym zawarciem Umowy ubezpieczenia Bank otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne z tytułu wykonywania czynności agencyjnych oraz premię kwartalną.</p> <p>Bank nie posiada akcji ani udziałów żadnego zakładu ubezpieczeń uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu ani też żaden zakład ubezpieczeń nie posiada akcji ani udziałów Banku uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu.</p> <p>Bank jako agent ubezpieczeniowy działa w imieniu i na rzecz tylko AXA Życie TU S.A.</p>
Umowa ubezpieczenia	<p>Umowa zawierana jest na podstawie oświadczenia woli Ubezpieczającego zaakceptowanego przez Ubezpieczyciela. Do Umowy mają zastosowanie OWU. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany we Wnioskopolisie.</p>

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Warunek zawarcia Umowy ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Ubezpieczyciela i ich akceptacja przez Ubezpieczyciela, ▪ opłacenie Składki w wymaganej wysokości
Zakres ochrony ubezpieczeniowej	<p>Zakres ubezpieczenia obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) śmierć Ubezpieczonego, 2) Poważne zachorowanie, 3) wymiennie, w zależności od tego, czy Ubezpieczony jest zdolny do pracy oraz czy ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy: <ol style="list-style-type: none"> a) Całkowitą niezdolność do pracy albo b) Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, albo c) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku. <p>Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje Ubezpieczonym, wobec których może zostać orzeczona Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.</p> 4) wymiennie, w zależności od tego czy Ubezpieczony ma ubezpieczenie chorobowe w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych: <ol style="list-style-type: none"> a) Czasowa niezdolność do pracy albo b) Pobyt w szpitalu <p>Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonym, którzy posiadają tytuł do ubezpieczenia chorobowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu.</p>
Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej	<p>Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu zapłaty przez Ubezpieczającego wymaganej składki – Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem że pobyt oraz czasowa niezdolność nie były w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.</p>
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	<p>Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia; 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego; 3) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia; 4) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji; 5) z dniem wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia.

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Częstotliwość płatności składki Składka jest płatna jednorazowo z góry za cały okres ubezpieczenia.

Sposób obliczania składki ubezpieczeniowej Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia określona jest w momencie składania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jej wysokość zależy od sumy ubezpieczenia, okresu trwania Umowy ubezpieczenia oraz stawki Składki.
Stawka składki wynosi 0,206%.

Sumy ubezpieczenia i świadczenia

Zakres ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń

Śmierć Ubezpieczonego	kwota wskazana we Wnioskopolisie, nie wyższa niż 130 000 zł; w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacana jest cała kwota wskazana we Wnioskopolisie
Całkowita niezdolność do pracy	
Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	
Poważne zachorowanie	Suma ubezpieczenia wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacone Świadczenie miesięczne, aż do jej wyczerpania; Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące
Pobyt w szpitalu	wysokość Świadczenia miesięcznego nie może być wyższa niż 5 000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie
Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	AXA Życie wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w 24 miesięcznym okresie ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego
Czasowa niezdolność do pracy	

Wypłata świadczenia

Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku:

- śmierci Ubezpieczonego – osobie Uposażonej wskazanej przez Ubezpieczonego, a w razie braku takiej osoby – osobom uprawnionym, zgodnie z OWU;
- pozostałych ryzyk – Ubezpieczonemu.

Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym z zachowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy i Pobytu w szpitalu Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;

**cd.
Wyłączenia
odpowiedzialności**

- 5) następującej choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, choroby psychicznej, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) 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;
- 7) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 10) 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 fizyczna, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórska, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 12) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA Życie zwolniona jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, AXA Życie zwolniona jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic.
4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu nie zostanie wypłacone, jeżeli celem Pobytu w szpitalu jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;

cd. Wyłączenia odpowiedzialności

- 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych, poród siłami natury niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 4) 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;
 - 5) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - 6) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 7) leczenie dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 8) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 9) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
5. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy AXA Życie zwolniona jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
- 1) dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 2) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 3) ciąży Ubezpieczonej.
6. AXA Życie nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy związana jest z Pobytem w szpitalu, którego celem jest:
- 1) poród siłami natury niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) 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;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
7. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego AXA Życie jest zwolniona z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego/na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
8. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
- 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

cd. Wyłączenia odpowiedzialności

- 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia i odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. 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 AXA Życie nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim AXA Życie udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem, termin, w ciągu którego może on odstąpić od Umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez AXA Życie oświadczenia o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy.
4. Po upływie terminu podanego w ust. 1 i 2 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając oświadczenie AXA Życie.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez AXA Życie oświadczenia o wypowiedzeniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
6. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie może być złożone w formie pisemnej lub drogą elektrotechniczną.

Zgłoszenie roszczenia

Dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia mogą być złożone za pośrednictwem Banku lub bezpośrednio do Ubezpieczyciela na poniższy adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA

Reklamacje i skargi

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamacje.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień składanych 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, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Ubezpieczyciela, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia

cd. Reklamacje i skargi

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, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

4. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce AXA Życie,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: 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.
5. Reklamacje można składać w AS Inbank Polska S.A. Oddział w Polsce w następujący sposób:
 - **telefonicznie** pod numerem 801 805 805 albo osobiście w siedzibie Banku,
 - **pisemnie** przesyłką pocztową na adres do korespondencji:
AS Inbank – Oddział w Polsce
ul. Fabryczna 5A
00-446 Warszawa,
 - **elektronicznie** na adres e-mail: kontakt@inbankpolska.pl.
6. Reklamacje składa się do zarządu Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
7. Odpowiedź Ubezpieczyciela na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
9. W przypadku gdy Ubezpieczyciel nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych należy podać nazwę firmy, adres do korespondencji oraz NIP.
10. Odpowiedzi na Reklamację Ubezpieczyciel udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
11. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel 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.
12. Jeżeli osoba fizyczna składająca Reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na Reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca Reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Ubezpieczycielowi, tj. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w ust. 13 poniżej.
13. 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.

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

cd. Reklamacje i skargi

14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Ubezpieczycieli 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).
15. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
16. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
17. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–10 i 15, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Ubezpieczyciel w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Podatki

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

Wyrazy pisane wielką literą, niezdefiniowane w tym dokumencie, mają znaczenie nadane im w OWU.



W trosce o Twoje dane

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

W trosce o ochronę danych podejmujemy działania opisane w tym dokumencie. Informujemy w nim, w jaki sposób przekazane przez Państwa dane są przez nas gromadzone, wykorzystywane, przetwarzane i zabezpieczane.

Z nami mogą Państwo czuć się bezpiecznie! Według rankingu INTERBRAND 2017 AXA jest marką ubezpieczeniową nr 1 na świecie – ta pozycja zobowiązuje do zachowania najwyższych standardów.

1. Administratorem przekazanych przez Państwa danych osobowych jest AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłódnej 51, 00-867 Warszawa (AXA, administrator).
2. Państwa dane mogą być przetwarzane w celu:
 - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy;
 - zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w zakresie obejmującym dane osobowe określone w art. 27 Ustawy, tj. dane wrażliwe – podstawą prawną przetwarzania danych jest Państwa zgoda, pod warunkiem że ta została przez Państwa udzielona; w razie nieudzielenia zgody dane osobowe nie są przetwarzane w tym celu;
 - oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest przepis prawa;
 - marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług;
 - wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile przepisy te będą miały zastosowanie;
 - ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Państwem umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość dochodzenia przez nią roszczeń;
 - ewentualnego podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu AXA; uzasadnionym interesem AXA jest możliwość przeciwdziałania przestępstwom i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę AXA;
 - reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową ubezpieczenia zawartą z Państwem.
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane odpowiednio:
 - a) do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub
 - b) do momentu realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu AXA, lub
 - c) do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, o ile odpowiednie przepisy będą miały zastosowanie w Państwa przypadku.Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłoszą Państwo sprzeciw wobec przetwarzania Państwa danych w tych celach.
5. AXA przewiduje udostępnienie Państwa danych osobowych następującym kategoriom odbiorców:
 - a) podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. oraz innych przepisów prawa;
 - b) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie AXA, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami AXA.
6. Dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego, którym jest Szwajcaria – na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony – Decyzja Komisji z dnia 26 lipca 2000 r. (2000/518/WE).

Mogą Państwo uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego, składając wniosek na formularzach dostępnych na stronie axa.pl.
7. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych (poprawiania); usunięcia danych osobowych*; ograniczenia przetwarzania danych osobowych; przenoszenia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Prawa te przysługują Państwu w przypadkach i w zakresie przewidzianym przez przepisy Rozporządzenia lub odpowiednio Ustawy. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest zgoda, mają Państwo prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

8. Jeżeli uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia lub Ustawy, mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego ochronę danych osobowych.
9. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Profilowanie będzie się odbywać w celu przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia. Oznacza to, że dane osobowe niezbędne do przedstawienia oferty umowy ubezpieczenia wykorzystane zostaną do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia adekwatnej do niego składki.

W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych decyzje dotyczące Państwa mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany (bez wpływu człowieka). W takiej sytuacji decyzje te mogą dotyczyć wysokości

składki ubezpieczeniowej. Decyzje będą podejmowane w szczególności na podstawie Państwa danych, dotyczących stanu zdrowia, i daty urodzenia. Decyzje mogą być oparte na profilowaniu, tj. automatycznej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Państwem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczących wysokości składki ubezpieczeniowej mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji człowieka (tj. przeanalizowania danych i podjęcia decyzji przez człowieka).

10. Kontakt z inspektorem ochrony danych AXA możliwy jest pod adresem e-mail: inspektor@axa.pl.



Ważne:

Treści oznaczone gwiazdką (*) odnoszą się odpowiednio do uprawnień, które można wykonywać od dnia 25 maja 2018 r., bądź do podstawy prawnej, która będzie miała zastosowanie od tego dnia.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Rozporządzenie) ma zastosowanie od dnia 25 maja 2018 r.

Do dnia 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych są odpowiednie przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, tj. z dnia 13 czerwca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – powoływanej powyżej jako Ustawa.



więcej / niż standard

Obowiązki informacyjne AXA Życie TU S.A.

wynikające z ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta

Dokument ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01.

UWAGA

Wydrukuj lub zapisz ten dokument tak, abyś mógł przechowywać te informacje w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni dla celów, jakim one służą. Znajdują się w nim informacje ważne w całym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

1. Zawierasz Umowę ubezpieczenia z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. (AXA Życie TU S.A.) z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy – Sąd Gospodarczy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadającą kapitał zakładowy w wysokości 444 440 000 zł – wpłacony w całości. Zezwolenie na prowadzenie działalności udzielone zostało przez Ministra Finansów (data wydania zezwolenia: 23.06.1993 r.). Informujemy o istnieniu Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (www.ufg.pl).

Pośrednikiem (Agentem Ubezpieczeniowym) pośredniczącym przy zawarciu Umowy ubezpieczenia jest AS Inbank S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Fabrycznej 5a, 00-446 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000635086, NIP 1070036848, będącym oddziałem zagranicznego przedsiębiorcy spółki AS Inbank z siedzibą w Tallinnie, przy ulicy Niine 11, Harju maakond, 10414, Estonia.

Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach Stron Umowy ubezpieczenia jest język polski. Prawem właściwym do zawarcia oraz wykonywania Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) Poważne zachorowanie,
 - 3) ryzyka wymiennie, w zależności od tego czy Ubezpieczony jest zdolny do pracy oraz czy ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy:
 - a) Całkowitą niezdolność do pracy – dla osób, które są zdolne do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz które nie posiadają ustalonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, albo
 - b) Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – dla osób, które nie spełniają warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) powyżej, albo
 - c) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dla osób, które nie spełniają warunku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) i b) powyżej, oraz osób, które przestały spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) i b) powyżej.
 - 4) ryzyka wymiennie, w zależności od tego czy Ubezpieczony ma ubezpieczenie chorobowe w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych:
 - a) Czasową niezdolność do pracy – dla osób, które mają ubezpieczenie chorobowe w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, albo
 - b) Pobyt w szpitalu – dla osób, które nie spełniają warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) powyżej.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w Wnioskopolisie. Warunki świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia, Twoje prawa i obowiązki są szczegółowo opisane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01.

5. Wysokość Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia zależy od sumy ubezpieczenia, liczby miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz stawki Składki. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres trwania Umowy ubezpieczenia.
6. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi, reklamacje i zażalenia do AXA Życie TU S.A. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażaleń dostępne są na stronie www.axa.pl.
7. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że Podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl). Ponadto informujemy, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami, drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów zawieranych przez Internet (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), między konsumentami mieszkającymi w UE a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE.
Platforma znajduje się na stronie: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo 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.
9. Będąc Ubezpieczającym masz prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni bez podania jakiegokolwiek przyczyny. Termin ten jest liczony od dnia poinformowania Cię o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.
10. Aby skorzystać z prawa odstąpienia, Ubezpieczający musi poinformować nas o swojej decyzji, składając pisemnie jednoznaczne oświadczenie o odstąpieniu i przesyłając je na adres:

AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa (telefon kontaktowy 22 555 05 06)
lub mailowo na adres: ubezpieczenia.ba@axa.pl.

Możesz skorzystać ze wzoru formularza odstąpienia (poniżej), ale nie jest to obowiązkowe. Aby zachować termin do odstąpienia od ubezpieczenia wystarczy, jeśli wyślesz informację dotyczącą wykonania przysługującego Ci prawa odstąpienia od ubezpieczenia przed upływem terminu odstąpienia od ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia zwracamy Ci zapłaconą składkę ubezpieczeniową niezwłocznie, a w każdym przypadku nie później niż 14 dni od dnia, w którym zostaliśmy poinformowani o Twojej decyzji o odstąpieniu od ubezpieczenia. Pamiętaj jednak, że odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia z obowiązku zapłaty Składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotu płatności dokonujemy w taki sam sposób, w jaki dokonałeś pierwotnej transakcji, chyba że wyraźnie zgodziłeś się na inne rozwiązanie – w żadnym wypadku nie poniesiesz jakichkolwiek opłat związanych ze zwrotem.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej trwania. Wówczas umowa rozwiązuje się z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu. Oświadczenie o wypowiedzeniu możesz złożyć do Towarzystwa lub za pośrednictwem Agenta.

Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę za okres, w którym Towarzystwo nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.

Na następnej stronie zamieściliśmy formularz, który należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy.



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Numer wnioskopolisy

Formularz odstąpienia

od umowy ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce

Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Numer rachunku do zwrotu składki

Imię i nazwisko

Seria i numer dokumentu tożsamości

- dowód osobisty
 paszport
 karta pobytu

Adres:

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Prosimy podać numer rachunku, na który ma być zwrócona składka:

Numer rachunku bankowego

Odstąpienie od umowy

Oświadczam, że odstępuję od Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01.

DDMMRRRR

Data

Podpis