



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Ogólne warunki

ubezpieczenia spłaty kredytu dla Kredytobiorców Banku „Pakiet Premium”

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty kredytu dla Kredytobiorców Banku „Pakiet Premium”, zwane dalej **OWU**, mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy **BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**, zwaną dalej **BRE Ubezpieczenia**, **AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A.**, zwaną dalej **AXA Życie**, łącznie zwane dalej **Towarzystwami**, a **mBankiem Spółką Akcyjną**, zwaną dalej **Bankiem**. Umowa ta zwana jest dalej **Umową Ubezpieczenia**.
2. BRE Ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących ryzyk: całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy, czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, operacja chirurgiczna.
3. AXA Życie udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci Ubezpieczonego.
4. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na rachunek Kredytobiorców Banku.
5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia zostanie potwierdzone przez Towarzystwa poprzez wystawienie polisy generalnej, stanowiącej wraz z OWU integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Definicje pojęć

§ 2

Użyte w niniejszych OWU pojęcia oznaczają:

- 1) **całkowita i trwała niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia pracy na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, potwierdzona wydaniem orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza dynamiczna reakcja ustroju na działanie czynnika chorobotwórczego zewnętrznego lub wewnętrznego prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w konsekwencji prowadząca do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych narządów lub całego ustroju;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99);
- 4) **czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do świadczenia pracy na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej, powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni;
- 5) **ekstremalne warunki klimatyczne lub przyrodnicze** – pustynia, wysokie góry powyżej 5 500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe, tereny śnieżne, których eksploracja wymaga użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
- 6) **harmonogram spłat** – dokument, stanowiący załącznik do umowy Kredytu, określający kwoty i terminy wymaganych rat spłaty kredytu

lub pożyczki w okresie, na jaki kredyt lub pożyczka zostały udzielone; harmonogram spłaty Kredytu jest sporządzany na dzień:

- a) uruchomienia kredytu lub pożyczki,
 - b) zmiany oprocentowania kredytu lub pożyczki,
 - c) zmiany kwoty kredytu lub pożyczki – w przypadku wcześniejszej, częściowej spłaty kredytu lub pożyczki,
 - d) zmiany okresu umowy kredytu lub pożyczki;
- 7) **Kredyt** – kredyt gotówkowy, konsolidacyjny, ratalny lub pożyczka udzielane przez Bank w walucie złoty polski (PLN) na zasadach określonych w Regulaminie i umowie Kredytu, przeznaczony na dowolny cel konsumpcyjny lub na refinansowanie w innych bankach kredytów i pożyczek (konsolidacja) lub na zakup towarów i usług;
 - 8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna albo osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub wykonująca wolny zawód, z którą Bank zawarł umowę Kredytu;
 - 9) **lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza;
 - 10) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle i nieprzewidziane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i w wyniku którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli i stanu zdrowia doznał uszczerbku na zdrowiu lub zmarł; definicja „nieszczęśliwy wypadek” nie obejmuje chorób, w tym zawału serca i udaru mózgu;
 - 11) **operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny wymieniony poniżej, wykonany w okresie udzielania przez BRE Ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegającej na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzonych do naczynia;
 - b) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - c) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty; definicja „operacja aorty” nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - d) **operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki, polegająca na wszczęciu, wszczęciu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca; definicja „operacja zastawek serca” nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - e) **przeszczep dużych narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu, jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa) oraz płuca;

zakres ubezpieczenia nie obejmuje przeszczepu narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek, lub narządów ludzkich; dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;

- 12) **pobyt w szpitalu** – stałe, nieprzerwane przebywanie Ubezpieczonego w szpitalu (bądź w szpitalach, jeżeli zmiana szpitala nastąpiła w ramach kontynuacji leczenia) w celu leczenia, trwające nie krócej niż 30 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do dnia wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; jeśli w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do dnia zgonu Ubezpieczonego; za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się pierwszy dzień pobytu w szpitalu, wskazany w karcie informacyjnej wypisu ze szpitala;
- 13) **polisa generalna** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwami a Ubezpieczającym;
- 14) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej określonych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło w okresie udzielania przez BRE Ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomu krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
 - leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - przeszczepienie szpiku kostnego,wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
 - b) **całkowita utrata wzroku** – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulisty szpitala, w którym było prowadzone leczenie; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wystawienia zaświadczenia potwierdzającego całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach;
 - c) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyń, krwawiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki; konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub, w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wystawienia skierowania na dializoterapię przewlekłą lub datę kwalifikacji do przeszczepu;
 - e) **nowotwór złośliwy** – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym biopsja, chłoniak złośliwy, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są nowotwory będące wynikiem zakażenia HIV, nieinwazyjne nowotwory *in situ* oraz inne nowotwory skóry; za datę zdiagnozowania przyjmuje się datę wykonania badania histopatologicznego;
 - f) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - g) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego;
 - h) **zawał serca** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi, potwierdzony wynikiem badania EKG; z ochrony

ubezpieczeniowej wyłączony jest zawał mięśnia sercowego nieskutkujący pilną hospitalizacją, leczonej i niepozostawiający trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. niemy zawał;

- 15) **rata Kredytu** – suma raty kapitałowej i należnych odsetek przypadających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu lub pożyczki, z wyłączeniem odsetek naliczanych za zadłużenie przeterminowane;
- 16) **Regulamin** – ustanowiony przez Bank regulamin udzielania, wykorzystywania i spłaty kredytu gotówkowego, konsolidacyjnego, ratalnego lub pożyczki;
- 17) **sporty i aktywności wysokiego ryzyka** – alpinizm, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie statków powietrznych (zgodnie z definicją ustawy prawo lotnicze), rafting, skoki do wody lub sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego oraz na tzw. bezdechu (freediving), skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty i sztuki walki, myślistwo, bobsleje, skoki narciarskie, jazda na nartach wodnych, kitesurfing, heliskiing, heliboarding, mountainboarding, parkur, free run, B.A.S.E. jumping, downhill, streetluge, udział w wyścigach, a także próbach szybkościowych, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 18) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego; definicja „szpital” nie obejmuje ośrodków pomocy społecznej, domów opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych i ośrodków wypoczynkowych;
- 19) **świadczenie** – kwota wypłacana przez BRE Ubezpieczenia lub AXA Życie, w zależności od zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 1 ust. 2 i 3, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU;
- 20) **terroryzm/sabotaż** – nielegalne akcje indywidualne lub grupowe organizowane z pobudek politycznych, religijnych lub ideologicznych skierowane przeciwko osobom lub obiektom:
 - a) w celu zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego (terroryzm),
 - b) w celu dezorganizacji funkcjonowania transportu publicznego, zakładów produkcyjnych lub usługowych (sabotaż);
- 21) **Ubezpieczający** – Bank, zawierający Umowę Ubezpieczenia, zobowiązany do opłacania składki;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba, która jako Kredytobiorca wyraziła wolę przystąpienia do ubezpieczenia, spełniająca warunki określone w § 5 niniejszych OWU, objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej Umowy Ubezpieczenia;
- 23) **umowa Kredytu** – umowa o kredyt gotówkowy, konsolidacyjny, ratalny lub pożyczkę, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem, na zasadach określonych w Regulaminie;
- 24) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, świadczenie wypłacane jest członkom rodziny Ubezpieczonego, z pominięciem Uposażonego, według następującej kolejności:
 - a) małżonkowi,
 - b) dzieciom w równych częściach, jeśli brak jest małżonka,
 - c) rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest małżonka i dzieci,
 - d) rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest małżonka, dzieci i rodziców,
 - e) innym ustawowym spadkobiercom;
- 25) **uruchomienie Kredytu** – jednorazowe postawienie kwoty kredytu lub pożyczki przez Bank do dyspozycji Kredytobiorcy lub sprzedawcy;
- 26) **wojna** – wojna domowa, konflikt zbrojny z innym państwem, bunt, przewrót, działanie sił zbrojnych, wprowadzenie stanu wojennego lub wyjątkowego;

- 27) **zamieszki** – gwałtowne demonstracje lub wrogie akcje skierowane przeciwko władzy, których celem jest zmiana istniejącego porządku prawnego;
- 28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie (śmierć, całkowita i trwała niezdolność do pracy, pobyt w szpitalu, poważne zachorowanie lub operacja chirurgiczna) objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) **śmierć Ubezpieczonego;**
 - 2) **całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy;**
 - 3) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;**
 - 4) **poważne zachorowanie Ubezpieczonego;**
 - 5) **operacja chirurgiczna,**
 z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystw na terytorium całego świata.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

§ 4

Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

Przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia

§ 5

1. Do Umowy Ubezpieczenia, na podstawie niniejszych OWU, może przystąpić każdy Kredytobiorca, który ukończył 18. rok życia i jednocześnie w chwili zakończenia umowy Kredytu, wynikającej z harmonogramu spłat z dnia uruchomienia Kredytu, nie ukończy 70. roku życia.
2. Kredytobiorca ma prawo przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia w momencie wnioskowania o Kredyt, jednak nie później niż w dniu zawarcia umowy Kredytu.
3. Za datę przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia uznaje się dzień złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia, w formie pisemnej, ustnej przez telefon lub elektronicznej, o ile Bank udostępni taką funkcjonalność.
4. W przypadku gdy umowa Kredytu została zawarta przez więcej niż jednego Kredytobiorcę, ochroną ubezpieczeniową objęci są wyłącznie Kredytobiorcy, którzy złożyli oświadczenie woli o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia.
5. Przed przystąpieniem Kredytobiorcy do Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu treści niniejszych OWU.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się:
 - 1) dla ubezpieczenia z tytułu śmierci, całkowitej i trwałej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – od dnia uruchomienia Kredytu;
 - 2) dla ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej – od dziewięćdziesiątego dnia po uruchomieniu Kredytu.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 3) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy Kredytu;
 - 4) z dniem rozwiązania przez Bank umowy Kredytu;
 - 5) z dniem wymagalności najbliższej raty Kredytu przypadającej po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy nie nastąpiła wcześniejsza całkowita spłata Kredytu;
 - 6) z dniem złożenia oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy przed dniem złożenia oświadczenia nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, chyba że w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczony wskazał inny termin rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie dłużej niż do dnia zakończenia umowy Kredytu, wynikającego z harmonogramu spłat z dnia uruchomienia Kredytu;
 - 7) z dniem całkowitej spłaty Kredytu wynikającej z harmonogramu spłat z dnia uruchomienia Kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył wcześniej oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
3. Nowi Kredytobiorcy mogą przystępować do Umowy Ubezpieczenia również w okresie jej wypowiedzenia, a Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do ostatniego Ubezpieczonego.
4. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do jednego z Kredytobiorców nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach jednej umowy Kredytu.

Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

§ 7

1. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając w tym celu Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa kończy się nie wcześniej niż z dniem wymagalności najbliższej raty Kredytu, przypadającej po dniu złożenia oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku gdy oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia zostało złożone po wcześniejszej, całkowitej spłacie Kredytu, ochrona ubezpieczeniowa kończy się z dniem złożenia oświadczenia o rezygnacji, chyba że w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczony wskazał inny termin rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie dłużej niż do zakończenia umowy Kredytu, wynikającego z harmonogramu spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
3. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego kolejne przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia w związku z tą samą umową Kredytu nie jest możliwe.

Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia

§ 8

1. Umowa Ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie jej trwania, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
2. Umowa Ubezpieczenia w zakresie ryzyk, o których mowa w § 1 ust. 2, może zostać wypowiedziana przez BRE Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.
3. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym druga strona otrzymała oświadczenie o wypowiedzeniu.

4. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego.
5. Wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwa udzielały ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i w wysokości określonej w polisie generalnej, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwa.
2. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystw.
3. Wartość składki należnej z tytułu ubezpieczenia Kredytobiorców w ramach danej umowy Kredytu jest obliczana w oparciu o taryfy składki podane w polisie generalnej, liczbę miesięcy okresu ubezpieczenia (okresu kredytowania określonego w harmonogramie spłat) oraz w oparciu o sumę ubezpieczenia (łącznie kwotę Kredytu, gdzie pod pojęciem łączna kwota Kredytu rozumie się sumę kwoty przyznanego Kredytu wraz z kredytowanymi kosztami).
4. Składka jest płatna jednorazowo z góry za cały okres odpowiedzialności Towarzystw.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została udzielona ochrona ubezpieczeniowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystw

§ 10

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) choroby psychicznej, choroby układu nerwowego Ubezpieczonego, a także ataku konwulsji, epilepsji oraz ich skutków;
 - 2) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) lub środków odurzających, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii), jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody i pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 4) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na jego prośbę w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną;
 - 5) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu albo zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - 7) wojny, działań wojennych, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu/sabotażu, zamieszkach;
 - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów i aktywności wysokiego ryzyka;
 - 9) uprawiania dyscyplin sportowych będących regularnym źródłem dochodu Ubezpieczonego;
 - 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie lub rozmiar szkody;

- 11) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- 12) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
- 13) epidemii, pandemii i skażeń chemicznych ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 14) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 15) uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

2. Towarzystwa nie ponoszą odpowiedzialności za choroby, nieszczęśliwe wypadki lub ich następstwa:
 - 1) które miały miejsce, zostały zdiagnozowane lub były leczone przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - 2) których przyczyna została zdiagnozowana lub była leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. BRE Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności za operację chirurgiczną:
 - 1) której przyczyna została zdiagnozowana lub była leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, lub
 - 2) która została zalecona lub o której postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. BRE Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy to zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem któregośkolwiek z poprzednich zdarzeń ubezpieczeniowych, za które BRE Ubezpieczenia wypłaciła świadczenie w ramach tej samej Umowy Ubezpieczenia.
5. W przypadku wystąpienia więcej niż jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwa wypłacą świadczenia za wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe ustalone zgodnie z § 11 OWU, z zastrzeżeniem ust. 4 powyżej.

Suma ubezpieczenia

§ 11

1. Suma ubezpieczenia dla każdego z ryzyk ustalana jest odrębnie w odniesieniu do każdej umowy Kredytu na cały okres jej trwania, łącznie dla wszystkich Kredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej umowy Kredytu. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystw na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia i wynosi nie więcej niż 200.000 (dwieście tysięcy) złotych.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu **śmierci** lub **całkowitej i trwałej niezdolności do pracy** stanowi:
 - 1) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość salda zadłużenia pozostającego do spłaty, tj. wysokość kapitału Kredytu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z należnymi Bankowi odsetkami na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem odsetek naliczanych za zadłużenie przeterminowane;
 - 2) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość salda zadłużenia, jakie występowałoby w dacie najbliższej raty Kredytu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu **czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi:
 - 1) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość jednomiesięcznej raty Kredytu za każdy 30-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przypadającej do spłaty od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia;
 - 2) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość

- jednomiesięcznej raty Kredytu, za każdy 30-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jaka przypadłaby do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu, z zastrzeżeniem że liczba świadczeń z tytułów, o których mowa w punktach 1 lub 2 powyżej, nie może przekroczyć 6 rat Kredytu, bez względu na liczbę pobytych w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Sumę ubezpieczenia z tytułu **poważnego zachorowania** w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi:
 - 1) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość sześciu miesięcznych rat Kredytu, przypadających do spłaty od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia;
 - 2) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość sześciokrotności miesięcznej raty Kredytu, jaka przypadłaby do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
 5. Sumę ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia **operacji chirurgicznych** w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi:
 - 1) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość dziewięciu miesięcznych rat Kredytu, przypadających do spłaty od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia;
 - 2) w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu – równowartość dziewięciokrotności miesięcznej raty Kredytu, jaka przypadłaby do spłaty od daty zajścia zdarzenia, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
 6. Przez datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego rozumiana jest:
 - 1) w przypadku śmierci – data śmierci;
 - 2) w przypadku całkowitej i trwałej niezdolności do pracy – data powstania całkowitej i trwałej niezdolności wskazana w orzeczeniu o trwałej i całkowitej niezdolności;
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu w szpitalu;
 - 4) w przypadku poważnego zachorowania – data zdiagnozowania poważnego zachorowania na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 5) w przypadku operacji chirurgicznej – data przeprowadzenia operacji chirurgicznej.
 - h) dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia,
 - i) kopia umowy Kredytu,
 - j) inne wskazane przez AXA Życie dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia, o ile dokumenty wskazane w pkt a)–i) okażą się niewystarczające, a AXA Życie nie może ich uzyskać na podstawie posiadanych uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
- 2) **BRE Ubezpieczenia – w przypadku całkowitej i trwałej niezdolności do pracy:**
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą i trwałą niezdolność do pracy,
 - d) kopia umowy Kredytu,
 - e) inne wskazane przez BRE Ubezpieczenia dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia, o ile dokumenty wskazane w pkt a)–d) okażą się niewystarczające, a BRE Ubezpieczenia nie może ich uzyskać na podstawie posiadanych uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 3) **BRE Ubezpieczenia – w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:**
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - c) kopia karty informacyjnej wypisu ze szpitala lub dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza,
 - d) historia pobytu w szpitalu wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) kopia umowy Kredytu,
 - f) inne wskazane przez BRE Ubezpieczenia dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia, o ile dokumenty wskazane w pkt a)–e) okażą się niewystarczające, a BRE Ubezpieczenia nie może ich uzyskać na podstawie posiadanych uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
 - 4) **BRE Ubezpieczenia – w przypadku poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej:**
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - c) pełna dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej,
 - d) dokumentacja medyczna obejmująca okres sprzed przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, mająca związek z poważnym zachorowaniem lub operacją chirurgiczną,
 - e) kopia umowy Kredytu,
 - f) inne wskazane przez BRE Ubezpieczenia dokumenty niezbędne do potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia, o ile dokumenty wskazane w pkt a)–e) okażą się niewystarczające, a BRE Ubezpieczenia nie może ich uzyskać na podstawie posiadanych uprawnień wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia

§ 12

1. Towarzystwa wypłacają świadczenie z tytułu Umowy Ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie udzielania przez Towarzystwa ochrony ubezpieczeniowej.
2. Do zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia niezbędne są następujące dokumenty, które należy dostarczyć do:
 - 1) **AXA Życie – w przypadku śmierci Ubezpieczonego:**
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego;
 - c) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - d) kopia karty statycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
 - e) opis świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.),
 - f) protokół opisujący okoliczności zdarzenia (protokół policyjny), dokumentacja postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienie prokuratury, wyrok sądu),
 - g) kopia dowodu osobistego Ubezpieczonego,
 3. Towarzystwa zastrzegają sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego lub Uposażonego lub zasięgnięcia opinii specjalistów.
 4. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego** AXA Życie wypłaci równowartość salda zadłużenia pozostającego do spłaty, tj. wysokość kapitału Kredytu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z należnymi Bankowi odsetkami na dzień zgonu, z wyłączeniem odsetek naliczanych za zadłużenie przeterminowane. Natomiast w przypadku gdy do dnia zgonu nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu

AXA Życie wypłaci równowartość salda zadłużenia, jakie występowałyby w dacie najbliższej raty Kredytu na dzień zgonu, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.

5. W przypadku **całkowitej i trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy**, gdy do dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, BRE Ubezpieczenia wypłaci równowartość salda zadłużenia pozostającego do spłaty, tj. wysokość kapitału Kredytu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z należnymi Bankowi odsetkami na dzień wydania orzeczenia, z wyłączeniem odsetek naliczanych za zadłużenie przeterminowane. Natomiast w przypadku gdy do dnia wydania orzeczenia nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, BRE Ubezpieczenia wypłaci równowartość salda zadłużenia, jakie występowałyby w dacie wymagalności najbliższej raty Kredytu na dzień wydania orzeczenia, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
6. W przypadku **czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej pobytem w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** BRE Ubezpieczenia wypłaci świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu, jaka jest wymagana do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty. Świadczenie w postaci jednej raty Kredytu jest wypłacane za każdy 30-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, przy czym liczba świadczeń nie może przekroczyć 6 rat Kredytu, bez względu na liczbę pobyków w szpitalu w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Natomiast w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, BRE Ubezpieczenia wypłaci świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu za każdy 30-dniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, jaka przypadłaby do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu, przy czym liczba świadczeń nie może przekroczyć 6 rat Kredytu bez względu na liczbę pobyków w szpitalu w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 6 powyżej, ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a czasową niezdolnością do pracy spowodowaną pobytem w szpitalu.
8. W przypadku **poważnego zachorowania** BRE Ubezpieczenia wypłaci jednorazowo świadczenie w wysokości 6 miesięcznych rat Kredytu, jakie przypadają do spłaty od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia. Natomiast w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, BRE Ubezpieczenia wypłaci jednorazowo świadczenie w wysokości 6-krotności miesięcznej raty Kredytu, jaka przypadłaby do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
9. W przypadku **operacji chirurgicznej** BRE Ubezpieczenia wypłaci jednorazowo świadczenie w wysokości 9 miesięcznych rat Kredytu, jakie przypadają do spłaty od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłat obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia. Natomiast w przypadku gdy do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu, BRE Ubezpieczenia wypłaci jednorazowo świadczenie w wysokości 9-krotności miesięcznej raty Kredytu, jaka przypadłaby do spłaty w najbliższej od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dacie wymagalności raty, zgodnie z harmonogramem spłat z dnia uruchomienia Kredytu.
10. W celu potwierdzenia poważnego zachorowania, BRE Ubezpieczenia ma prawo żądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza medycyny wskazanego przez BRE Ubezpieczenia. Koszt takich badań ponosi BRE Ubezpieczenia.
11. W przypadku gdy w ramach tej samej umowy Kredytu przystąpi do Umowy Ubezpieczenia więcej niż jeden Kredytobiorca, Towarzystwa wypłacą świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego proporcjonalnie do liczby Kredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową.

12. Towarzystwa wypłacają świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
13. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystw albo wysokości świadczenia w powyższym terminie nie będzie możliwe, świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia zostanie wypłacona w terminie określonym w ust. 12 powyżej.
14. Jeżeli Ubezpieczony upoważni Bank do otrzymywania świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, BRE Ubezpieczenia lub AXA Życie, w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłaci świadczenie bezpośrednio na rachunek wskazany przez Bank, o ile do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie nastąpiła wcześniejsza, całkowita spłata Kredytu. W przeciwnym wypadku świadczenie wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego lub jego Uposażonych.
15. Towarzystwa nie ponoszą odpowiedzialności za koszty dodatkowe, którymi Bank obciążył Ubezpieczonego w związku z niezapłaceniem lub nieterminowym zaplaceniem raty Kredytu.
16. Świadczenie wypłacane jest w walucie złoty polski (PLN).
17. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwom, muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Postanowienia końcowe

§ 13

1. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia nie zgadza się z decyzjami BRE Ubezpieczenia albo AXA Życie, co do odmowy zaspokojenia roszczenia lub wysokości przyznanego świadczenia, bądź chciałby złożyć skargę lub zażalenie związane z przystąpieniem do Umowy lub jej wykonaniem, może on wystąpić z wnioskiem skierowanym do Zarządu BRE Ubezpieczenia lub do Zarządu AXA Życie.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni od daty wpływu do BRE Ubezpieczenia albo AXA Życie.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami OWU stosuje się przepisy prawa polskiego, w tym ustawy z 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących aktów prawnych.
5. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty kredytu dla Kredytobiorców Banku „Pakiet Premium” zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. nr BRE-TU-ob/2015/5/4/ z dnia 27 maja 2015 r. i uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 3/27/05/2015 z dnia 27 maja 2015 r., i mają zastosowanie od dnia 8 czerwca 2015 r.

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub operacji chirurgicznej należy się kontaktować z Centrum Pomocy BRE Ubezpieczenia pod numerami telefonu:

801 884 444 lub +48 22 459 10 00

W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego należy kontaktować się z AXA Życie pod numerami telefonu:

+48 22 555 05 06 lub 801 200 200

lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl

Nr polisy generalnej 9000154

Informacja prawna

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym od 11 października 2015 r. ulegają zmianie zasady składania i rozpatrywania reklamacji na usługi świadczone przez podmioty rynku finansowego.

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy Ubezpieczenia może wnosić Reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystw, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwa.

2. Reklamacje można składać w następujący sposób:

Towarzystwom – AXA Życie TU S.A. lub BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.

Dane do AXA Życie TU S.A.:

– ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,

– w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,

– w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Życie TU S.A. w Warszawie, ul. Chłodna 51, albo

– drogą pocztową na adres:

AXA Życie TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

Dane do BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.:

– ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu +48 22 444 70 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,

– w formie elektronicznej na adres e-mail: serwis@axaubezpieczenia.pl,

– w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. w Warszawie, ul. ks. I. Skorupki 5, albo

– drogą pocztową na adres:

BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.
ul. ks. I. Skorupki 5
00-963 Warszawa

3. Reklamacja może być złożona w jednostce każdego z Towarzystw obsługującej klientów.

4. Odpowiedź Towarzystwa na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca Reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

5. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.

6. W przypadku gdy Towarzystwa nie posiadają danych kontaktowych osoby składającej Reklamację, przy składaniu Reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).

7. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia Reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na Reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca Reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na Reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca Reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. lub BRE Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej poniżej:

do 31 grudnia 2015 r.

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

od 1 stycznia 2016 r.

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. 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.

10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

11. Towarzystwa podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Z dniem 1 grudnia 2015 r. BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna zmieniło nazwę na AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, w skrócie AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. Zmianie uległ także adres siedziby Towarzystwa na ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa. Aktualnie kapitał zakładowy wynosi 15 941 177,00 zł (wplacony w całości). Zasady oferowania oraz obsługi produktów pozostają bez zmian.