



więcej / niż standard

ubezpieczenia

indeks DBGS/2017/04/01

Ogólne warunki

indywidualnego ubezpieczenia „Gwarancja Spłaty”

Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia „Gwarancja Spłaty” – indeks DBGS/2017/04/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3 § 4 ust. 4 § 14 § 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 2 § 6 ust. 4 i 5 § 16

Ogólne warunki

indywidualnego ubezpieczenia „Gwarancja Spłaty”

Postanowienia ogólne

§ 1

- Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia „Gwarancja Spłaty” – indeks DBGS/2017/04/01 („OWU”) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych z Ubezpieczycielem.
- OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki Stron tej Umowy ubezpieczenia, jak również Uposażonego i innych Uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Wyrażenia użyte w OWU, pisane wielką literą, oznaczają:

- Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym przedsiębiorcy, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisani do rejestru agentów ubezpieczeniowych;
- Aktywacja karty** – działanie zgodne z Regulaminem karty, polegające na umożliwieniu korzystania z funkcjonalności Karty;
- Cykl rozliczeniowy** – okres, za który zgodnie z Regulaminem karty następuje miesięczne rozliczenie Karty, tj. podsumowanie wszystkich transakcji dokonanych Kartą w danym cyklu rozliczeniowym oraz wskazanie aktualnego salda zadłużenia na rachunku Karty;
- Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień następujący po dniu Aktywacji karty, pod warunkiem zapłaty Składki;
- Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla przedmiotów ubezpieczenia:
 - dzień śmierci Ubezpieczonego,
 - dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data istnienia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku Utraty pracy uzyskał status bezrobotnego z prawem zasiłku dla bezrobotnych,
 - pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia;
- Karta** – karta kredytowa typu Deutsche Bank Silver, Deutsche Bank Premium Club Silver, Deutsche Bank Gold, Deutsche Bank Premium Club Gold, IQ World MasterCard, Deutsche Bank Platinum lub dbKredyt wydana przez Deutsche Bank Polska S.A. na podstawie Umowy o wydanie karty;
- Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem zapłaty Składki, trwający nieprzerwanie od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową do dnia poprzedzającego dzień odpowiadający Dniowi objęcia ochroną ubezpieczeniową w kolejnym miesiącu, a w przypadku gdy w danym miesiącu nie ma takiego dnia – ostatni dzień tego miesiąca, z zastrzeżeniem że:
 - pierwszy Okres ubezpieczenia po zawarciu Umowy ubezpieczenia liczony jest od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową do ostatniego dnia pierwszego pełnego Cyklu rozliczeniowego, rozpoczynającego się po Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - w przypadku wydania nowej Karty w miejsce Karty zastrzeżonej Okres ubezpieczenia liczony jest od dnia następującego po dniu Aktywacji karty wydanej w miejsce Karty zastrzeżonej do ostatniego dnia pierwszego pełnego Cyklu rozliczeniowego rozpoczynającego się po dniu, w którym Ubezpieczony dokonał Aktywacji karty wydanej w miejsce Karty zastrzeżonej,
 - w przypadku zmiany Cyklu rozliczeniowego Okres ubezpieczenia zostaje wydłużony do ostatniego dnia nowego Cyklu rozliczeniowego;
- Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, trwający nieprzerwanie co najmniej 30 dni; w rozumieniu niniejszych OWU Pobyt w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej, przekazywany przez Ubezpieczyciela na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczającego;
- Posiadacz karty** – osoba fizyczna, będąca jednocześnie Ubezpieczającym i Ubezpieczonym, która zawarła z Deutsche Bank Polska S.A. Umowę o wydanie karty;
- Rachunek karty** – rachunek w rozumieniu ustawy Prawo bankowe, prowadzony przez Deutsche Bank Polska S.A., w ciężar którego dokonywane są transakcje przy użyciu Karty;
- Regulamin karty** – ogólne warunki określające prawa i obowiązki wynikające z Umowy o wydanie karty;
- Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego;
- Strony** – Ubezpieczający i Ubezpieczyciel;
- Suma ubezpieczenia** – ustalona na podstawie OWU kwota, będąca górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic;
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz samodzielnej egzystencji, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, orzeczona na okres powyżej 24 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Nieszczęśliwego wypadku, orzeczona na okres powyżej 24 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego

orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 20) **Ubezpieczający** – Posiadacz karty, który zawarł Umowę ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczonym;
- 21) **Ubezpieczony** – Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 22) **Ubezpieczyciel** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, świadcząca ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyk: śmierci, śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, świadcząca ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 23) **Umowa o wydanie karty** – umowa zawarta pomiędzy Posiadaczem karty a Deutsche Bank Polska S.A., regulująca warunki korzystania z Karty;
- 24) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 25) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci;
- 26) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia ubezpieczeniowego, którym jest: Uposażony, Uposażony albo inna osoba uprawniona zgodnie z postanowieniami OWU do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 27) **Utrata pracy** – utrata pracy z przyczyn niedotyczących Ubezpiezonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony lub określony, nie krótszy niż 12 miesięcy, pod warunkiem że w wyniku takiej utraty pracy Posiadacz karty uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy o z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- 28) **Wnioskopolisa** – dokument ubezpieczeniowy podpisany przez Ubezpieczającego i uprawnionego przedstawiciela Ubezpieczyciela, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podpisania przez Ubezpieczyciela lub Agenta – będący potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela;
- 29) **Zastrzeżenie Karty** – zgłoszenie, w sposób wskazany w Regulaminie karty, faktu utraty Karty lub nieuprawnionego pozyskania danych Karty przez osoby trzecie oraz zablokowanie możliwości dokonywania transakcji Kartą;
- 30) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela:
 - a) śmierć Ubezpiezonego,
 - b) śmierć Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) Utrata pracy przez Ubezpiezonego,
 - d) Pobyt Ubezpiezonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpiezonego;
 - 2) śmierć Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wymiennie, w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpiezonego:

- a) Utrata pracy przez Ubezpiezonego – dla osób zatrudnionych przez okres co najmniej 12 miesięcy przed rozwiązaniem stosunku pracy, na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, względem których w terminie 90 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie rozpoczął biegu okres wypowiedzenia umowy o pracę, oraz osób zatrudnionych na czas nieokreślony, względem których w terminie 90 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie rozpoczął biegu okres wypowiedzenia umowy o pracę, albo
 - b) Pobyt Ubezpiezonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dla osób, które nie spełniają warunku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) powyżej, oraz osób, które przestaną spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) powyżej, po upływie 90 dni wskazanych w tym punkcie;
- 4) 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) Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dla osób, które w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia są zdolne do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, oraz osób, 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) Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpiezonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dla osób, które w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia nie spełniają warunku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wymienionym w lit. a) powyżej, w dniu złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, lub przestały spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie prawidłowo wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Ubezpieczyciela dokumentu Wnioskopolisy lub na podstawie oświadczenia woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, złożonego przez Ubezpieczającego podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej z Ubezpieczycielem.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Ubezpieczyciela w dokumencie Wnioskopolisy lub podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres roczny, licząc od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową. Po upływie każdego rocznego okresu trwania Umowy ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron Umowy ubezpieczenia nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczającym może być Posiadacz karty, który:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 75. roku życia;
 - 2) na stałe zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) złożył prawidłowo wypełniony dokument Wnioskopolisy albo złożył wymagane przez Ubezpieczyciela oświadczenia podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wnioskopolisie albo podczas rozmowy telefonicznej przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Ubezpieczyciela

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa jeden Okres ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie każdorazowo przedłużona na kolejny Okres ubezpieczenia, pod warunkiem że Ubezpieczający opłaci należną Składkę za kolejny Okres ubezpieczenia, jak również zostaną spełnione pozostałe warunki określone w § 4 powyżej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową. W terminie od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową do 90 dnia Ubezpieczony jest objęty ochroną z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia – z upływem dnia, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia;
 - 3) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający złożył bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy o wydanie karty;
 - 5) wypłaty 100% świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - 6) utraty ważności Karty – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana w odniesieniu do wznowionej Karty, wydanej w miejsce Karty, która straciła ważność;
 - 7) zastrzeżenia Karty – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana w odniesieniu do nowej Karty, wydanej w miejsce zastrzeżonej Karty;
 - 8) ukończenia przez Ubezpieczonego 76. roku życia;
 - 9) upływu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej i za który została zapłacona Składka, jeżeli wymagalna Składka za kolejny Okres ubezpieczenia nie została zapłacona w terminie, mimo uprzedniego wezwania przez Ubezpieczyciela do jej zapłaty w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni.
6. Szczegółowe zapisy dotyczące ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w § 16 OWU.

7. Składka zapłacona za okres udzielanej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, 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. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Ubezpieczycielowi w formie pisemnej.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w formie pisemnej ze skutkiem na ostatni dzień Cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

§ 8

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać Składkę;
 - 2) powiadamiać Ubezpieczyciela o zmianie danych osobowych podanych we Wnioskopolisie lub podczas zarejestrowanej rozmowy telefonicznej.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) składania reklamacji, w tym skarg i zażaleń.

Ubezpieczony

§ 9

1. Ubezpieczony jest uprawniony do wskazania Uposażonych i ich zmiany.
2. Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.

Uposażony

§ 10

1. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych, Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu z dokładnością do 1%. 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.
2. 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.
3. W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy umyślnie przyczynili się do jego śmierci, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przypada w kolejności:

- 1) współmałżonkowi Ubezpieczonego, a w razie jego braku;
- 2) dzieciom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka, a w razie ich braku;
- 3) rodzicom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka i dzieci, a w razie ich braku;
- 4) rodzeństwu w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku;
- 5) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, w przypadku braku współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa.

Obowiązki Ubezpieczyciela

§ 11

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Wnioskopólisy lub Polisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 12

1. Wysokość Składki należnej z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej stanowi iloczyn stawki procentowej, wynoszącej dla każdego typu Karty 0,3%, i wykorzystanego limitu na Rachunku karty na koniec Cyklu rozliczeniowego.
2. Składka jest należna za okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna miesięcznie z góry przez Ubezpieczającego na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
3. Termin zapłaty Składki przez Ubezpieczającego przypada na każdy pierwszy dzień Cyklu rozliczeniowego.
4. Za datę zapłaty Składki uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą określoną w Umowie ubezpieczenia.

Sumy ubezpieczenia

§ 13

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego i uzależnione są od rodzaju Karty. Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych.

2. W przypadku gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia zmianie ulegnie typ Karty Posiadacza karty, wraz z aktywacją nowej Karty zmianie ulegnie odpowiednio Suma ubezpieczenia i wysokość Składki.
3. Sumy ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy i Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ulegają odnowieniu po 12-miesięcznym okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.

Wysokość świadczeń

§ 14

1. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równa wysokości salda zadłużenia na Karcie z dnia śmierci Ubezpieczonego, powiększonego o ewentualne obciążenia wynikające z transakcji oraz opłat, prowizji i odsetek za transakcje dokonane przed dniem śmierci Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż Suma ubezpieczenia odpowiednia dla danej Karty, wskazana w tabeli nr 1.
2. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku równa jest wysokości salda zadłużenia na Karcie z dnia Nieszczęśliwego wypadku, powiększonego o ewentualne obciążenia wynikające z transakcji oraz opłat, prowizji i odsetek za transakcje dokonane przed dniem, w którym miał miejsce Nieszczęśliwy wypadek, nie więcej jednak niż Suma ubezpieczenia odpowiednia dla danej Karty, wskazana w tabeli nr 1.
3. Wysokość świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego równa jest wysokości salda zadłużenia na Karcie z dnia Nieszczęśliwego wypadku, powiększonego o ewentualne obciążenia wynikające z transakcji oraz opłat, prowizji i odsetek za transakcje dokonane przed dniem, w którym miał miejsce Nieszczęśliwy wypadek, nie więcej jednak niż Suma ubezpieczenia odpowiednia dla danej Karty, wskazana w tabeli nr 1.
4. Wysokość świadczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego wynosi 10% średniego salda zadłużenia na rachunku z ostatnich 6 Cykli rozliczeniowych poprzedzających dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 świadczeń z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, do wysokości Sumy ubezpieczenia odpowiedniej dla danej Karty, wskazanej w tabeli nr 1.
5. Wysokość świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wynosi 10% średniego salda zadłużenia na rachunku z ostatnich 6 Cykli rozliczeniowych poprzedzających Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 świadczeń z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, do wysokości Sumy ubezpieczenia odpowiedniej dla danej Karty, wskazanej w tabeli nr 1.

Tabela nr 1 – Sumy ubezpieczenia

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Typ karty						
	DB Silver	DB Premium Club Silver	DB Gold	DB Premium Club Gold	IQ World MasterCard	DB Platinum	dbKredyt
Śmierć	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	10 000 PLN	50 000 PLN	10 000 PLN
Śmierć w NNW**	10 000 PLN	10 000 PLN	140 000 PLN	140 000 PLN	140 000 PLN	150 000 PLN	10 000 PLN
Trwała i całkowita niezdolność do pracy w NNW albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w NNW**	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN
Utrata pracy / Pobyt w szpitalu w NNW*	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN	20 000 PLN

* ryzyka wymienne w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego

** w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Wypłata świadczenia

§ 15

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie – pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
4. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 2. Wszelkie wypłaty świadczeń są dokonywane przez Ubezpieczyciela w formie bezgotówkowej na numer rachunku wskazany we wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 4) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) kopii odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 4 pkt 4).
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.);
 - 6) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania);
 - 7) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 8) kopii odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnego poświadczenia dziedziczenia – jeżeli Uprawniony jest spadkobiercą Ubezpieczonego w przypadku, o którym mowa w § 10 ust. 4 pkt 4).
7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) opisu okoliczności zdarzenia i – o ile zostały sporządzone – protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, w przypadku gdy zostało wszczęte postępowanie;
- 3) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia;
- 4) kopii orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy lub Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
- 5) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym: karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii zaświadczenia z urzędu pracy informującego o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
 - 3) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy;
 - 4) kopii umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający dzień wystąpienia zdarzenia, w tym kopii ostatniej umowy o pracę, zawierającej informację o okresie, na jaki została ona zawarta;
 - 5) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – kopię dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie;
 - 6) kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
10. Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby jest dodatkowo zobowiązany przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
11. Ubezpieczyciel jest uprawniony 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 Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.
12. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 5–11 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Ubezpieczycielowi powinny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez odpowiednio przedstawiciela Agenta, notariusza, pracownika USC lub pracownika Ubezpieczyciela.
13. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Ubezpieczycielowi, muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
14. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie mogą być złożone za pośrednictwem Agenta lub bezpośrednio do Ubezpieczyciela na poniższy adres:
 - 1) roszczenia z tytułu śmierci oraz śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczę-

śliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Niez szczęśliwego wypadku:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Z dopiskiem: Roszczenie Bancassurance

2) roszczenia z tytułu Utraty pracy:

AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Z dopiskiem: Roszczenie Bancassurance

15. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Ubezpieczyciela pod numerami telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 16

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia;
- 3) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 4) 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, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, choroby psychicznej, zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia oświadczenia woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 5) 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;
- 6) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 9) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, 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 aktywności fizyczne, 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;

- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Niez szczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła po upływie 180 dni od dnia Niez szczęśliwego wypadku albo jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy 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) 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;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, 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 aktywności fizyczne, 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;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, 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 aktywności fizyczne, 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;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego jest wyłączona, jeżeli:
- 1) do dnia przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - 2) Ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanych z tym faktem zmianach sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczących bezpośrednio Ubezpieczonego;
 - 3) Utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę w związku z upływem czasu, na który została zawarta, rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego na mocy porozumienia stron, z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron
- podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. nr 90, poz. 844 ze zm.), wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;
- 4) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącego dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony jest współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub jest członkiem organów zarządzających przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego;
 - 5) Utrata pracy wynika z powodu: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
5. Świadczenie nie zostanie wypłacone, gdy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) 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;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, 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 aktywności fizyczne, 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;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

6. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku 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.

Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 17

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnieść reklamację do Zarządu Ubezpieczyciela. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Ubezpieczyciela zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numerami telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A, ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A, ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo
 - 4) pocztą na adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
lub
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
4. Odpowiedź Ubezpieczyciela na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo 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.
5. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Ubezpieczyciel nie posiada danych kontaktowych osoby składającej Reklamację, przy składaniu Reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na Reklamację Ubezpieczyciel udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, 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.
9. Jeżeli osoba składająca Reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na Reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca Reklamację może również wystąpić do

sądu powszechnego z powództwem przeciwko Ubezpieczycielowi, tj. odpowiednio AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w ust. 10 i 11 poniżej, w zależności od tego, którego z Ubezpieczycieli dotyczyła Reklamacja.

10. 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 lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
11. 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.
12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. W sprawach nieuregulowanych w OWU do Umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji 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).

Informacja o przepisach podatkowych

§ 18

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.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. nr 2/29/03/2017 oraz AXA Ubezpieczenia Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nr 1/29/03/2017 z dnia 29 marca 2017 r.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 28 kwietnia 2017 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.
3. Sprawozdania o wypłacalności AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. publikowane będą na stronie internetowej AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.
4. 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.