



więcej / niż standard

ubezpieczenia



Ogólne Warunki

Ubezpieczenia na życie Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. (zwane dalej „OWU”), mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na życie Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. nr UB/05/2015/BA (zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”) zawartej pomiędzy **AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną** z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej „Ubezpieczycielem”) a **mBankiem Hipotecznym S.A.** z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej „Ubezpieczającym”), zawartej na rzecz Kredytobiorców i potwierdzonej Polisą Generalną wystawioną przez Ubezpieczyciela.

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia, określając prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia oraz Ubezpieczonych, oraz regulują zasady, na jakich AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna obejmuje ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorców.

Definicje pojęć

§ 2

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

- 1) **Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – dokument zawierający oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU oraz zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia, a także pozostałe oświadczenia niezbędne do udzielenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej lub zarejestrowane w systemie teleinformatycznym złożenie wyżej wskazanych oświadczeń woli przez Ubezpieczonego w trakcie rozmowy telefonicznej;
- 2) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dla Kredytobiorców:
 - a) obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w dacie zawarcia Umowy kredytu – dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy,
 - b) obejmowanych ochroną ubezpieczeniową po dacie zawarcia Umowy kredytu – dzień pobrania pierwszej Składki, tj. dzień wymagalności najbliższej raty Kredytu następującej po dniu złożenia przez Kredytobiorcę Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 3) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio: śmierć – dzień zgonu Ubezpieczonego; Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji do pracy albo samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data istnienia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
- 4) **Harmonogram spłat** – obowiązujący na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dokument, stanowiący załącznik do Umowy kredytu, określający kwoty i terminy wymaganych rat spłaty Kredytu w okresie, na jaki Kredyt zostały udzielone;
- 5) **Kredyt** – kredyt hipoteczny udzielony w złotych polskich lub w walucie innej niż złoty polski;
- 6) **Kredytobiorca** – osoba lub osoby fizyczne, będące stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy kredytu;
- 7) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie, które miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależnie 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;
- 9) **Okres ochrony** – 24-miesięczny okres, liczony od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, z możliwością odnowienia po jego upływie na kolejne 24-miesięczne okresy ochrony, o ile Ubezpieczony wyraził taką wolę oraz nie złożył oświadczenia o rezygnacji;
- 10) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie wynikające z zawartej Umowy kredytu, obejmujące niespłacony kapitał wraz z należnymi odsetkami, zgodnie z Harmonogramem spłat obowiązującym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z wyłączeniem odsetek z tytułu opóźnienia w spłacie zadłużenia; w przypadku udzielenia Kredytu indeksowanego kursem waluty obcej, Saldo zadłużenia jest wyliczane w złotych polskich (PLN), według kursu przewidzianego w Umowie kredytu dla spłaty rat Kredytu obowiązującego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego, niezmienna dla Ubezpieczonego w Okresie ochrony;
- 12) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 13) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – dotyczy wyłącznie osób, które nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty: trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego:
 - a) orzeczona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, pod warunkiem że pomiędzy zakończeniem okresu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym a początkiem okresu wskazanego w kolejnym orzeczeniu nie upłynął więcej niż miesiąc, albo
 - b) na okres powyżej 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 14) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** – dotyczy wyłącznie osób, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty: trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie

oraz samodzielnej egzystencji, orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego:

- a) orzeczona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, pod warunkiem że pomiędzy zakończeniem okresu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym a początkiem okresu wskazanego w kolejnym orzeczeniu nie upłynął więcej niż miesiąc, albo
- b) na okres powyżej 12 miesięcy – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;

15) **Ubezpieczający** – mBank Hipoteczny S.A.;

16) **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach wskazanych w niniejszych OWU; w przypadku udzielenia ochrony ubezpieczeniowej kilku Kredytobiorcom (Współkredytobiorcom) w związku z jedną Umową kredytu postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do każdego ze Współkredytobiorców;

17) **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym;

18) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na życie Kredytobiorców mBanku Hipotecznego S.A. nr UB/05/2015/BA zawarta z Ubezpieczycielem;

19) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – jedno ze zdarzeń, objęte zakresem ochrony, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela, mieszczące się w zakresie pakietu wybranego przez Ubezpieczonego:

- a) w przypadku Pakietu 1: śmierć, śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwała i całkowita niezdolność do pracy – w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji – w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- b) w przypadku Pakietu 2: śmierć, Trwała i całkowita niezdolność do pracy, Trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

Pakiet 1:

- 1) śmierć Ubezpieczonego;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 3) Trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Pakiet 2:

- 1) śmierć Ubezpieczonego;
- 2) Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 4

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który na dzień złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia spełniał łącznie następujące warunki:
 - a) ukończył 18. rok życia i nie ukończył 70. roku życia;
 - b) zawarł z Ubezpieczającym Umowę kredytu;
 - c) złożył Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia wraz z pisemnym oświadczeniem o stanie zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 poniżej,

a Saldo zadłużenia nie przewyższa kwoty 3 000 000 zł (trzy miliony złotych), chyba że Ubezpieczyciel wyrazi indywidualną zgodę na objęcie ochroną.

2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową w przypadku:
 - a) Kredytobiorców składających Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy kredytu, jeżeli wnioskowana wysokość Kredytu mieści się w przedziale:
 - 1) 700 000,01 zł – 1 200 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej,
 - 2) przewyższa 1 200 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej oraz poddanie się badaniom medycznym;
 - b) Kredytobiorców składających pisemną Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w placówce Ubezpieczającego, po dacie zawarcia Umowy kredytu, jeżeli Saldo zadłużenia:
 - 1) jest niższe lub równe 1 000 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej,
 - 2) przewyższa 1 000 000 zł – jest wypełnienie ankiety medycznej oraz poddanie się badaniom medycznym.
3. W przypadku gdy Kredytobiorca nie zaznaczy odpowiedzi „tak” pod złożonym pisemnie oświadczeniem o stanie zdrowia, może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie Pakietu 1.
4. W przypadku gdy Kredytobiorca zaznaczy odpowiedź „tak” pod złożonym pisemnie oświadczeniem o stanie zdrowia, zostanie objęty ochroną w zakresie Pakietu 2.
5. Koszty badań, o których mowa w ust. 2 powyżej, ponosi Ubezpieczyciel.
6. W przypadku wyrażenia woli:
 - a) ponownego objęcia ochroną przez tę samą osobę, po uprzedniej rezygnacji z ochrony świadczonej na podstawie niniejszych OWU, albo
 - b) dokonania przez Ubezpieczonego zmiany Pakietu 1 na Pakiet 2 (o ile Ubezpieczyciel wcześniej nie odmówił objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Pakietu 2),

Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, o ile spełni warunki opisane w ust. 1–2.

7. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową. O odmowie zgody na objęcie ochroną Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego.
8. W przypadku gdy Umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jednego Kredytobiorcę, ochroną ubezpieczeniową mogą być objęci wyłącznie Kredytobiorcy, którzy spełnili warunki opisane w ust. 1–4.
9. Jeżeli Kredytobiorca nie przeszedł pozytywnie ankiety medycznej, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania dodatkowych informacji od Kredytobiorcy.
10. Do momentu podjęcia decyzji o objęciu Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową na podstawie oceny, o której mowa w ust. 1 i 2 powyżej, oraz w przypadku gdy Kredytobiorca nie przejdzie pozytywnie ankiety medycznej lub badań medycznych Ubezpieczyciel świadczy ochroną wyłącznie w zakresie Pakietu 1, z zastrzeżeniem ust. 6.
11. Potwierdzeniem zakresu ochrony jest Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. W przypadkach określonych w ust. 2 informacja o objęciu Kredytobiorcy ochroną w ramach Pakietu 2 zostanie potwierdzona Certyfikatem i przekazana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego.
13. W przypadku składania Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przed datą zawarcia Umowy kredytu zakres ochrony ubezpieczeniowej zostanie potwierdzony przez Ubezpieczającego również w Umowie kredytu.
14. W przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie rozmowy telefonicznej, informacja o objęciu Kredytobiorcy ochroną, niezależnie od Pakietu, zostanie potwierdzona Certyfikatem i przekazana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego.

15. W przypadku kilku Ubezpieczonych, objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu, zakres świadczonej ochrony względem każdego Ubezpieczonego jest uzależniony od oceny, o której mowa w ust. 9 powyżej.

Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, właściwym ze względu na datę złożenia Deklaracji przystąpienia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku:
 - a) wyrażenia woli ponownego objęcia ochroną przez tę samą osobę po uprzedniej rezygnacji z ochrony świadczonej na podstawie niniejszych OWU, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Pakietu 2 rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, a w okresie wyżej wspomnianych 90 dni Ubezpieczony jest objęty ochroną w zakresie Pakietu 1;
 - b) zmiany ochrony z Pakietu 1 na Pakiet 2 – odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Pakietu 2 rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela na objęcie ochroną w zakresie Pakietu 2.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych w zakresie wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia wygasa z upływem dnia, w którym wystąpiło przynajmniej jedno z poniższych zdarzeń:
 - a) odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - b) śmierć Ubezpieczonego;
 - c) upływ okresu, za który została opłacona Składka;
 - d) złożenie pisemnej rezygnacji albo odstąpienie od ubezpieczenia przez Ubezpieczonego;
 - e) wypłata świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
 - f) ukończenie przez Ubezpieczonego 70. roku życia;
 - g) wygaśnięcie Umowy kredytu;
 - h) całkowita spłata Kredytu.
4. Odstąpienie bądź rozwiązanie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową odstąpić od objęcia go ochroną świadczoną na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem dnia, w którym Ubezpieczony złożył u Ubezpieczającego pisemne oświadczenie woli o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki wpłaconej za danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z tego tytułu z Ubezpieczonym.
6. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w takim wypadku z upływem ostatniego dnia trzeciego miesiąca, licząc od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło złożenie rezygnacji u Ubezpieczającego.
7. W przypadku gdy w związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, wygaśnięcie ochrony względem jednego z nich z przyczyn wskazanych w ust. 3–4 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych.
8. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
9. O ile Ubezpieczony wyraził taką wolę w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, po upływie danego Okresu ochrony ochrona ubezpie-

zeniowa może ulec kontynuacji na kolejne okresy, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal spełnia warunki objęcia go ochroną ubezpieczeniową opisane w niniejszych OWU, a Ubezpieczający opłaca Składkę za Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 11.

10. W przypadku zmiany warunków ochrony Ubezpieczony zostanie poinformowany o zmienionych warunkach przed rozpoczęciem kolejnego Okresu ochrony.
11. W przypadku niewyrażenia zgody na zmianę warunków ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana na kolejne Okresy ochrony na zmienionych warunkach.

Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

§ 6

1. W przypadku śmierci Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe 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 dwóch lat, liczonych od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych przed dniem złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem;
 - 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe 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) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa;
 - 7) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
3. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe 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) choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych przed dniem złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 8) 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;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa;
 - 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.
4. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe 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 od 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 4) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic;
 - 6) 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;
 - 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem Licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 9) 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.

Suma ubezpieczenia oraz wysokość świadczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych równa jest Saldu zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu 1 Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wynosi 1 000 zł.
3. W przypadku gdy w związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową objętych jest kilku Ubezpieczonych, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi z uwzględnieniem proporcji wynikającej z poziomu udokumentowanych rocznych dochodów wszystkich Ubezpieczonych za rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym miało miejsce Zdarzenie ubezpieczeniowe. Podział Sumy ubezpieczenia nie dotyczy Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
4. W przypadku gdy nie zostaną dostarczone informacje, o których mowa w ust. 3, podział Sumy ubezpieczenia zostanie dokonany z uwzględnieniem proporcji dochodów wszystkich Ubezpieczonych z Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji jednego z Ubezpieczonych, objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu, nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych, pod warunkiem dalszego opłacania za nich Składki przez Ubezpieczającego.

Składka

§ 8

1. Wysokość Składki jest określona w Polisie Generalnej.
2. Składka za danego Ubezpieczonego jest należna za okres ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczyciel udziela danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w dacie zawarcia Umowy kredytu pierwsza Składka należna jest w dniu uruchomienia Kredytu lub wypłaty pierwszej transzy Kredytu za okres od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wymagalności najbliższej

raty Kredytu. Kolejne Składki należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu, za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.

4. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową po zawarciu Umowy kredytu pierwsza Składka należna jest w dniu wymagalności najbliższej raty Kredytu następującej po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Kolejne Składki należne są w dniach wymagalności następujących rat Kredytu za ochronę ubezpieczeniową świadczoną w okresach przypadających pomiędzy terminami wymagalności następujących po sobie rat Kredytu.

Wypłata świadczenia

§ 9

1. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobie uprawnionej do jego otrzymania, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako uposażonych do otrzymania Świadczenia z tytułu jego śmierci.
3. W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany uposażonych, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego.
4. 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. 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.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał uposażonych, osobami uprawnionymi do odbioru świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego są spadkobiercy w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7, ust. 8 oraz ust. 9.
7. W przypadku gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji została orzeczona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia na okres 12 miesięcy oraz ponownie orzeczona na kolejny okres po upływie terminu wskazanego w orzeczeniu pierwszorazowym, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie nie wcześniej niż z dniem przedłożenia drugiego orzeczenia.
8. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 6.
10. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Ubezpieczyciela w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
11. Podstawą do wypłaty świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.
12. Świadczenie wypłacane jest na podstawie następujących dokumentów (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem), w zależności od Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) w przypadku śmierci, śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:
 - a) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci,
 - c) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.),
 - d) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresów placówek medycznych, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia,
 - e) kopii protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu),
 - f) kopii dokumentów potwierdzających roczne dochody wszystkich Ubezpieczonych, objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu, za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - g) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego);
 - h) kopii odpisu prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub kopii zarejestrowanego notarialnego poświadczenia dziedziczenia gdy Uprawiony jest spadkobiercą Ubezpieczonego, w przypadku o którym mowa w ust. 5 powyżej.
 - 2) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji (dotyczy również zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem):
 - a) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia,
 - b) kopii orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - c) kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia będącego przyczyną Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy potwierdzonej za zgodność z oryginałem (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Ubezpieczonego na komisję ZUS); w przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.) konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie, protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte,
 - d) kopii dokumentów potwierdzających roczne dochody każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową kredytu za rok poprzedzający rok wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - e) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
13. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem u Ubezpieczyciela muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
14. 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 ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.

15. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie Ubezpieczony lub Uprawniony może złożyć za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio do Ubezpieczyciela na poniższy adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA

16. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Ubezpieczyciela pod numery telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego

§ 10

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za wszystkich Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania Ubezpieczonemu informacji pisemnie lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób o warunkach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpiezonego, a także o zmianie warunków ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na prawa i obowiązki Ubezpiezonego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępniania Ubezpieczonemu formularzy oraz przyjmowania dokumentów związanych z Umową ubezpieczenia od Ubezpiezonego i przekazywania ich Ubezpieczycielowi.

Skargi i reklamacje

§ 11

1. W każdym przypadku Ubezpieczony lub Ubezpieczający oraz osoba uprawniona mogą wnosić skargi i reklamacje do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Skargi i reklamacje mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela bezpośrednio lub przesyłane na piśmie na adres Ubezpieczyciela lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji udostępnionych przez Ubezpieczyciela na adres: ubezpieczenia@axa.pl. Korespondencja powinna zawierać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub reklamację oraz przedmiot tej skargi lub reklamacji.
3. Skargi i reklamacje rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Ubezpieczyciela. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub reklamacji jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Ubezpieczyciel poinformuje o tym wnoszącego skargę lub reklamację w powyższym terminie, a skarga lub reklamacja zostaną rozpatrzone najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie stało się możliwe.

4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub reklamacji zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub reklamację, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącą skargę lub reklamację.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Ubezpieczyciela jest Rzecznik Ubezpieczonych, jak również miejski i powiatowy Rzecznik Konsumentów.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 12

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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).
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 Dz.U.2014, poz. 851 z późn. zm).

Właściwość sądowa

§ 13

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

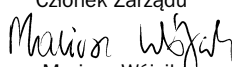
§ 14

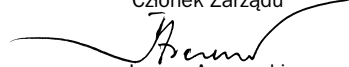
W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

§ 15

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/26/03/2015 z dnia 26 marca 2015 r. i mają zastosowanie od tego dnia.

**W przypadku pytań prosimy o kontakt
pod numerami tel. 22 555 05 06 lub 801 200 200 albo
na adres mailowy: ubezpieczenia@axa.pl.
Nr Polisy Generalnej UB/05/2015/BA**

Członek Zarządu

Mariusz Wójcik

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Informacja prawna

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez pomioty 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 Ubezpieczyciela, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
Ubezpieczycielowi – AXA Życie TU S.A.:
 - ustnie – telefonicznie pod numerami telefonu +48 22 555 05 06 albo 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: 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
3. Reklamacja może być złożona w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
4. Odpowiedź Ubezpieczyciela 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, 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. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń 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 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. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.