



więcej / niż standard

ubezpieczenia

indeks DBPPI/17/04

Ogólne warunki

ubezpieczenia dla Klientów Deutsche Bank Polska S.A.

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 ubezpieczenia dla Klientów Deutsche Bank Polska S.A. – indeks DBPPI/17/04

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1, 2, 3 i 4 § 3 ust. 7 i 8 § 14 § 15 § 18
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 5 § 3 ust. 4, 5 i 6 § 4 ust. 2 § 5 ust. 2 i 3 § 7 ust. 1, 2 i 3 § 11 § 13 ust. 1, 3, 11 i 16

Ogólne warunki

ubezpieczenia dla Klientów Deutsche Bank Polska S.A.

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1 OWU

1. Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Deutsche Bank Polska S.A. – indeks DBPP/17/04 („OWU”) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych z Towarzystwami.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystw i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.
3. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących ryzyk: śmierć, czasowa niezdolność do pracy, poważne zachorowanie, trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, tj. w zakresie określonym § 2 ust. 2 pkt I i II z wyłączeniem § 2 ust. 2 pkt II ppkt 6).
4. AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie utraty pracy, tj. w zakresie określonym w § 2 ust. 2 pkt II ppkt 6).

Rozdział II

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz zdolność Ubezpieczonego do wywiązywania się z obowiązku spłaty rat wynikających z umowy kredytu zawartej przez Ubezpieczonego z Deutsche Bank Polska S.A. („Deutsche Bank”).
2. Z zastrzeżeniem ust. 3–5, zakres ubezpieczenia – w zależności od wybranego pakietu – obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, mające miejsce w okresie udzielania przez Towarzystwa ochrony ubezpieczeniowej:
 - I. w Pakiecie Życie:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego oraz
 - 2) trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
 - II. w Pakiecie Rozszerzonym:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego oraz
 - 2) trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy, oraz
 - 3) czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy, oraz
 - 4) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - 5) poważne zachorowanie Ubezpieczonego, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - 6) utratę pracy Ubezpieczonego.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku objęte są osoby, które nie spełniają warunku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie utraty pracy, przysługującą zgodnie z § 14 ust. 6 pkt 2), oraz Ubezpieczeni, którzy ukończyli 65. rok życia, oraz Ubezpieczeni, których aktywność zawodowa nie pozwoli na uzyskanie statusu bezrobotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie przepisów polskiego prawa.
4. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu:
 - 1) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,

2) czasowej niezdolności do pracy oraz

3) utraty pracy,

są objęci Ubezpieczeni, którzy nie ukończyli 65. roku życia.

5. Ochrona ubezpieczeniowa, z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w okresie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do następstw nieszczęśliwych wypadków.

Rozdział III

Zawarcie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oraz czas trwania odpowiedzialności Towarzystw

§ 3 Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na podstawie wniosku złożonego w dokumencie wnioskopolisy, składanego przez Ubezpieczającego, i jego akceptacji przez Towarzystwa.
2. Pakiet ubezpieczenia wybierany jest przez Ubezpieczającego w dokumencie wnioskopolisy.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres trwania umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku kredytów w kwocie nieprzekraczającej 40 000 PLN netto (słownie: czterdzieści tysięcy złotych), maksymalny okres trwania Umowy ubezpieczenia wynosi 120 (słownie: sto dwadzieścia) miesięcy.
5. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksymalnie dwóch Współkredytobiorców, którzy zostają objęci tym samym pakietem ochrony. W takim przypadku do wyliczenia sum ubezpieczenia i świadczeń stosuje się postanowienia § 13 ust. 16.
6. Klient może zawrzeć jedną Umowę ubezpieczenia.
7. Ubezpieczającym może być Klient, który złożył prawidłowo wypełniony dokument wnioskopolisy, w którym wskazał siebie jako Ubezpieczonego Głównego oraz wskazał Współubezpieczonego, o ile taki występuje.
8. Ubezpieczonym może być Klient, który:
 - 1) zawarł z Deutsche Bank umowę kredytu;
 - 2) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 21. rok życia;
 - 3) w dniu zakończenia okresu ubezpieczenia nie ukończy 82. roku życia;
 - 4) złożył niezbędne oświadczenia, w tym oświadczenie o stanie zdrowia, którego treść określona jest w dokumencie wnioskopolisy; brak złożenia oświadczenia o stanie zdrowia skutkuje brakiem możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 5) na stałe zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 4 Skutki podania nieprawdziwych informacji

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystw wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwa zapytywały w dokumencie wnioskopolisy albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeśli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwa 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, Towarzystwa, w okresie pierwszych

trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie ponoszą odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do ich wiadomości.

§ 5 Początek odpowiedzialności Towarzystw

1. Odpowiedzialność Towarzystw rozpoczyna się w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie wnioskopolisy, jednak nie wcześniej niż z dniem uruchomienia kredytu i nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu wnioskopolisy oraz opłaceniu składki w należytym wysokości wskazanej w dokumencie wnioskopolisy.
2. W przypadku ryzyka utraty pracy odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 60 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Towarzystw wygasa z dniem:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

§ 6 Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwa nie poinformowały Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwa udzielały ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwom w formie pisemnej. Podpis Ubezpieczającego powinien być poświadczony przez przedstawiciela Deutsche Bank lub pracownika Towarzystwa, notariusza lub pracownika USC, natomiast w przypadku braku poświadczenia podpisu, do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwa zwracają Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w pełnej wysokości.
4. W przypadku odstąpienia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą doręczenia oświadczenia o odstąpieniu do Towarzystw.

§ 7 Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem:
 - 1) śmierci Ubezpieczającego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył Towarzystwom pisemne oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - 3) upływu okresu, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia – z upływem danego dnia w miesiącu, w którym kończy się okres ubezpieczenia;
 - 4) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 5) rezygnacji z ochrony przez Współubezpieczonego zgodnie z § 7 ust. 10, z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym Współubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony;
 - 6) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy kredytu;
 - 7) wypłaty świadczenia odpowiadającego 100% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 8) wypłaty świadczenia odpowiadającego 100% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu:
 - 1) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) czasowej niezdolności do pracy oraz
 - 3) utraty pracy,wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat.

3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnych zachorowań, w stosunku do Ubezpieczonego po ukończeniu przez niego 60. roku życia, jest ograniczona do niżej wymienionych poważnych zachorowań:

- 1) niewydolność nerek,
- 2) przeszczep narządów,
- 3) rozległe oparzenia.

4. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w ramach jednej umowy kredytu, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, ubezpieczenie dla pozostałych Ubezpieczonych kontynuowane jest zgodnie z zasadami obowiązującymi w dniu poprzedzającym śmierć pierwszego Ubezpieczonego, w szczególności ustalone wysokości sum ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
5. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w ramach jednej umowy kredytu, w przypadku wypłaty świadczenia w ramach ubezpieczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy dla jednego z Ubezpieczonych, ubezpieczenie dla tego Ubezpieczonego wygasa. Ubezpieczenie dla pozostałych Ubezpieczonych kontynuowane jest zgodnie z zasadami obowiązującymi w dniu poprzedzającym decyzję Towarzystwa o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy pierwszego Ubezpieczonego, w szczególności ustalone wysokości sum ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
6. Po upływie okresu wskazanego w § 6 ust. 1 Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwom oświadczenia w formie pisemnej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył Towarzystwom pisemne oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwa zwracają Ubezpieczającemu część wpłaconej składki za okres, w którym Towarzystwa nie świadczyły ochrony ubezpieczeniowej. Część składki podlegającej zwrotowi obliczana jest zgodnie ze wzorem:
$$SZ = Skb \times (1 - O/PO)$$
gdzie:
 - SZ – składka do zwrotu zaokrąglona matematycznie do 2 miejsc po przecinku z wykorzystaniem funkcji ROUND,
 - Skb – składka ubezpieczeniowa brutto,
 - O – rzeczywisty okres ochrony liczony w pełnych miesiącach (w rozumieniu miesięcznych rat kredytu),
 - PO – okres ochrony, za który została zapłacona składka Skb liczony w pełnych miesiącach (w rozumieniu miesięcznych rat kredytu).
8. Składka zapłacona za okres udzielanej przez Towarzystwa ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.
9. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została opłacona w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia, pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
10. W każdym czasie Współubezpieczony może złożyć Towarzystwom oświadczenie o rezygnacji z Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej.

Rozdział IV

Prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia

§ 8 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

1. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.
2. Przekazywanie Ubezpieczonym, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o zmianach warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać składkę;
 - 2) powiadamiać Towarzystwa o zmianie danych osobowych podanych w dokumencie wniosku polisy.
4. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) odstąpienia lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) składania skarg i zażaleń.

§ 9 Ubezpieczony Główny

Ubezpieczonym Głównym może być wyłącznie Ubezpieczający.

§ 10 Obowiązki Towarzystw

Towarzystwa są zobowiązane 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;
- 3) wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Rozdział V

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystw

§ 11 Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego spowodowana została na skutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, lub czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy, lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, lub poważne zachorowanie Ubezpieczonego, lub nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną jednego ze wskazanych zdarzeń ubezpieczeniowych, wystąpiły na skutek:
 - 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 poczynności Ubezpieczonego, usiłowania popełnienia samobójstwa przez 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 1dm³;
 - 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 przestępstwa;
 - 7) choroby lub niepełnosprawności: chorób niedokrwiennych serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy i tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzeń rytmu serca, chorób nowotworowych, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwióknienia i marskości wątroby, chorób trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, gruźlicy, sepsy, chorób psychicznych – zdiagnozowanej, rozpoznanej lub leczonej w ciągu 24 miesięcy przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową i będącej przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 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) 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;
 - 10) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem koncesjonowanych przewoźników lotniczych;
 - 11) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku związane są z pobytem w szpitalu, którego celem jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozbawiającemu w związku z ciążą, porodem lub pocięciem;
 - 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;
 - 6) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w przypadku gdy:
 - 1) poważne zachorowanie zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) objawy poważnego zachorowania zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli:
 - 1) do dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - 2) Ubezpieczony 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 albo rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego na mocy porozumienia stron, z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczegól-

nych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników;

- 4) utrata pracy nastąpiła wskutek wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego;
- 5) utrata pracy nastąpiła wskutek rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego, w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;
- 6) umowa o pracę zawarta na czas określony rozwiązała się z upływem czasu, na który została zawarta;
- 7) 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 zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego;
- 8) Ubezpieczony mimo utraty pracy wykonuje jakąkolwiek pracę lub działalność przynoszącą przychód lub wynagrodzenie.

Rozdział VI

Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia

§ 12 Składka

1. Wysokość składki jest iloczynem:
 - 1) stawki, zależnej od pakietu wybranego przez Ubezpieczającego;
 - 2) okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - 3) sumy ubezpieczenia.
2. W uzasadnionych przypadkach przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, Towarzystwa przy ustalaniu wysokości składki mogą uwzględnić inne niż wskazane powyżej kryteria indywidualne, w szczególności dotyczące Ubezpieczającego lub sposobu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Składka jest jednorazowa, a jej wysokość określona jest w dokumencie wnioskopolisy.
4. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwa udzielają Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego na wskazane rachunki bankowe Towarzystw za pośrednictwem Deutsche Bank.

Rozdział VII

Sumy ubezpieczenia

§ 13 Postanowienia ogólne

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – jest to aktualne na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodne z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, saldo zadłużenia z tytułu umowy kredytu, z uwzględnieniem odsetek umownych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, oraz odsetek od przeterminowanej części kapitału za okres od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wynosi 200 000 PLN.

Suma ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy

3. Suma ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest to aktualne na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodne z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, saldo zadłużenia z tytułu umowy kredytu, z uwzględnieniem odsetek umownych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, oraz odsetek od przeterminowanej części kapitału za okres od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.

4. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wynosi 200 000 PLN.

Suma ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy

5. Suma ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy równa jest miesięcznej racie kredytu ustalonej zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
6. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi równowartość 6 miesięcznych rat kredytu, nie więcej jednak niż 24 000 PLN.
7. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu całego okresu ubezpieczenia stanowi równowartość 12 miesięcznych rat kredytowych, jednak nie więcej niż 48 000 PLN.

Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

8. Suma ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest równa miesięcznej racie kredytu ustalonej zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
9. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi równowartość 6 miesięcznych rat kredytu, nie więcej jednak niż 24 000 PLN.
10. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu całego okresu ubezpieczenia stanowi równowartość 12 miesięcznych rat kredytu, nie więcej jednak niż 48 000 PLN.

Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego

11. Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego jest to aktualne na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodne z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, saldo zadłużenia z tytułu umowy kredytu, z uwzględnieniem odsetek umownych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, oraz odsetek od przeterminowanej części kapitału za okres od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, nie dłuższy jednak niż 90 dni, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
12. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego wynosi 200 000 PLN.

Suma ubezpieczenia z tytułu utraty pracy Ubezpieczonego

13. Suma ubezpieczenia z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego równa jest miesięcznej racie kredytu ustalonej zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu, z zastrzeżeniem postanowień dotyczących maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia.
14. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi równowartość 6 miesięcznych rat kredytu, nie więcej jednak niż 24 000 PLN.
15. Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu całego okresu ubezpieczenia stanowi równowartość 12 miesięcznych rat kredytowych, jednak nie więcej niż 48 000 PLN.

Suma ubezpieczenia dla każdego Współkredytobiorcy (w przypadku gdy w ramach jednej Umowy ubezpieczenia występuje Ubezpieczony Główny i Współubezpieczony)

16. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną zostanie objętych dwóch Ubezpieczonych (Ubezpieczony Główny i Współubezpieczony), podane w niniejszym paragrafie sumy ubezpieczenia oraz przysługujące świadczenia są dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych. Każdemu z Ubezpieczonych przysługują sumy ubezpieczenia oraz świadczenia obliczone zgodnie ze zdaniem poprzedzającym.

Rozdział VIII Świadczenia

§ 14 Świadczenia ubezpieczeniowe

1. Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w § 13 ust. 16 i § 15 ust. 7–13.

2. Świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy

W przypadku stwierdzenia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w § 13 ust. 16, zostanie wypłacone Uprawnionemu.

3. Świadczenia w przypadku czasowej niezdolności do pracy

1) W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo czasowej niezdolności do pracy należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w § 13 ust. 16, zostanie wypłacone Uprawnionemu, pod warunkiem że czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 60 dni.

2) Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Pierwsze świadczenie jest należne począwszy od 60. dnia po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz po każdym kolejnym okresie 30 dni czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

3) Wypłata świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy kończy się:

- w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- w dniu zakończenia stanu udokumentowanej czasowej niezdolności do pracy,
- w dniu, kiedy Ubezpieczony jest w stanie podjąć pracę, zgodnie z decyzją lub orzeczeniem właściwego organu rentowego,
- w dniu wyczerpania maksymalnej sumy ubezpieczenia.

4. Świadczenia w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1) W razie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w § 13 ust. 16, zostanie wypłacone Uprawnionemu, pod warunkiem że Ubezpieczony przebywał w szpitalu co najmniej 30 dni.

2) Następujące po sobie okresy pobytu w szpitalu spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między pobytami w szpitalu będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

3) Świadczenie jest wypłacane za każde 30 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

4) Wypłata świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku kończy się w dniu:

- wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego,
- wyczerpania maksymalnej sumy ubezpieczenia.

5. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1) W przypadku uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu poważnego zachorowania należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania zostanie wypłacone Uprawnionemu, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w niniejszym paragrafie oraz w § 13 ust. 16.

2) Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:

- rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 18 pkt 9 lit. b)-e), h)-j)
- wykonania zabiegu, o którym mowa w § 18 pkt 9) lit. a), f), g).

6. Świadczenie z tytułu utraty pracy Ubezpieczonego

1) W przypadku uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, z zastrzeżeniem ograniczeń zawartych w treści § 13 ust. 16, zostanie wypłacone Uprawnionemu, pod warunkiem że:

- utrata pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 30 dni,
- Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

2) Świadczenie z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego przysługuje, jeżeli Ubezpieczony do dnia utraty pracy:

- świadczył pracę na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub na podstawie kontraktu menedżerskiego trwających nieprzerwanie od co najmniej 6 miesięcy, lub
- świadczył pracę na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, z wyjątkiem osób wykonujących pracę, jako pracownik tymczasowy lub w oparciu o umowę na zastępstwo, nieprzerwanie od co najmniej 12 miesięcy, lub
- prowadził działalność gospodarczą nieprzerwanie od co najmniej 12 miesięcy.

3) Świadczenie jest należne pod warunkiem, że utrata pracy nastąpiła nie wcześniej niż z upływem 60 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługuje kolejne świadczenie, pod warunkiem że kolejna utrata pracy przez Ubezpieczonego poprzedzona była co najmniej 6-miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub prowadzeniem działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy.

§ 15 Kiedy i komu Towarzystwa wypłacą świadczenia

1. Towarzystwa są zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. W przypadku utraty pracy Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Świadczenie jest należne począwszy od 30 dnia po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego oraz po każdym kolejnym okresie 30 dni pozostawania bez pracy, z zastrzeżeniem innych postanowień OWU.

3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwa wypłacą świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

4. Bezsporną część świadczenia Towarzystwa wypłacają w terminie, o którym mowa w ust. 1.

5. Wszelkie wypłaty na rzecz osób uprawnionych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwa przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do odbioru świadczenia.

6. W przypadku gdy kwota świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, utraty pracy lub poważnego zachorowania przewyższa kwotę zobowiązania z tytułu umowy kredytu, osobą uprawnioną do pozostałej części świadczenia jest Ubezpieczony.

7. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu jego śmierci.

8. W czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając pisemne oświadczenie Towarzystwu.

9. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych, Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu ubezpieczeniowym. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe.
10. 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 ubezpieczeniowym.
11. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
12. O ile Ubezpieczony nie wskaże osób Uposażonych, uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego są członkowie najbliższej rodziny:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego – w całości, a w razie jego braku;
 - 2) dzieci – w równych częściach, jeżeli nie ma współmałżonka, a w razie ich braku;
 - 3) rodzice – w równych częściach, jeżeli nie ma współmałżonka ani dzieci, a w razie ich braku;
 - 4) rodzeństwo – w równych częściach, jeżeli nie ma współmałżonka, dzieci ani rodziców, a w razie jego braku;
 - 5) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeżeli nie ma współmałżonka, dzieci, rodziców ani rodzeństwa.
13. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy kwota świadczenia z tytułu śmierci przewyższa kwotę zobowiązania z tytułu umowy kredytu.
14. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu,
 - 4) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.);
 - 5) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu);
 - 6) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z uprawnionych do otrzymania świadczenia (nie dotyczy Ubezpieczającego);
 - 7) 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.
15. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii orzeczenia lekarza orzecznika stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu).
16. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu);
 - 4) kopii zwolnień lekarskich potwierdzających czasową niezdolność do pracy.
17. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji potwierdzającej wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, karty wyjazdowej pogotowia ratunkowego (o ile było wzywane);
 - 3) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, protokołu policyjnego, notatki urzędowej w przypadku kolizji drogowej, karty wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu).
18. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej z leczenia Ubezpieczonego, będącej w posiadaniu zgłaszającego roszczenie, obejmującej okres 2 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) kopii protokołu policyjnego lub postanowienia z prokuratury, o ile w sprawie okoliczności powstania poważnego zachorowania Ubezpieczonego policja lub prokuratura prowadziły postępowanie.
19. Podstawą rozpatrzenia zasadności zgłoszonego roszczenia z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) zaświadczenia lub kopii decyzji z urzędu pracy informującej o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
 - 3) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy;
 - 4) kopii ostatniej umowy o pracę lub zaświadczenia pracodawcy o nawiązaniu stosunku pracy wraz z oznaczeniem terminu, na który został zawarty;
 - 5) kopii decyzji o wykreśleniu działalności z ewidencji działalności gospodarczej – w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą;
 - 6) w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada płatność raty.
20. 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 wypłaty świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego.
21. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
22. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 16–21 niniejszego paragrafu, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez odpowiednio: przedstawiciela Deutsche Bank, notariusza, pracownika USC lub pracownika Towarzystwa.

23. Kopia dokumentacji medycznej może być również poświadczona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
24. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
25. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, mogą być złożone za pośrednictwem Deutsche Bank lub bezpośrednio do odpowiedniego Towarzystwa na poniższy adres:
- 1) w przypadku zgłaszania roszczenia dotyczącego utraty pracy, dokumenty przesyłane są do Towarzystwa na poniższy adres:
AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
 - 2) w przypadku zgłaszania roszczenia dotyczącego pozostałych zdarzeń ubezpieczeniowych dokumenty przesyłane są do Towarzystwa na poniższy adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
26. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numery telefonu 801 200 200 lub +48 22 555 05 06 w dni robocze od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 19.00, lub na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl.

Rozdział IX

Postanowienia końcowe

§ 16 Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może wnieść reklamację do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - ustnie – telefonicznie pod numery telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl,
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. albo drogą pocztową 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
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa 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 Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).

7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. odpowiednio AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., według właściwości określonej w ustępie 10 poniżej, w zależności od tego, którego Towarzystwa dotyczyła reklamacja.
10. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
11. Konsument w sprawach ochrony swoich praw i interesów ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. W sprawach nieuregulowanych w OWU do Umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
13. 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).

§ 17 Informacja o przepisach podatkowych

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.

§ 18 Definicje

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

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynności życiowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 60 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim;
- 3) **data zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) data zgonu – w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - b) data wydania decyzji przez odpowiedni organ rentowy o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,

- c) pierwszy dzień pobytu w szpitalu – w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - d) pierwszy dzień zwolnienia lekarskiego – w przypadku czasowej niezdolności do pracy,
 - e) dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania – w przypadku poważnego zachorowania,
 - f) dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku utraty pracy uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych – w przypadku utraty pracy;
- 4) **Deutsche Bank** – Deutsche Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 000022493;
- 5) **Kredytobiorca/Współkredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Deutsche Bank umowę kredytu;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
- 7) **okres ubezpieczenia** – pierwotny okres, na jaki została zawarta umowa kredytu przez danego Kredytobiorcę, zgodny z pierwotnym harmonogramem rat kredytowych, aktualnym na dzień zawarcia umowy kredytu, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w niniejszych OWU;
- 8) **pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 30 dni, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem; w rozumieniu niniejszych OWU pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; dzień przyjęcia do szpitala oraz dzień wypisania Ubezpieczonego ze szpitala muszą nastąpić w okresie ubezpieczenia;
- 9) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób Ubezpieczonego:
- a) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej,
 - b) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
 - c) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii,
 - d) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - i. rak nieinwazyjny (*carcinoma in situ*), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - ii. rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,
 - iii. wszelkie nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - iv. rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - v. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - e) **oparzenia** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - i. nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - ii. nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - iii. nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
 przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych,
 - f) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,
 - g) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - i. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - ii. szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
 ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek,
 - h) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - i. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - ii. obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - iii. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone); z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki:
 - i. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - ii. zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - iii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - iv. jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
 - i) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę; ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
 - j) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii. jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie

lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;

ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

- 10) **składka** – kwota obliczona zgodnie z Umową ubezpieczenia, należna Towarzystwom z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
- 11) **suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) **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 szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 13) **Towarzystwo** – zakład ubezpieczeń właściwy ze względu na zakres zapewnianej ochrony, zgodnie z postanowieniami § 1 ust. 3 i 4 OWU;
- 14) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej przychód lub wynagrodzenie, orzeczona na co najmniej 60 miesięcy, stwierdzona na podstawie orzeczenia pierwszorazowego lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego;
- 15) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę ubezpieczenia;
- 16) **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny lub Współubezpieczony;
- 17) **Ubezpieczony Główny** – Ubezpieczający, który wskazał siebie jako Ubezpieczonego Głównego;
- 18) **umowa kredytu** – zawarta w walucie polskiej umowa o kredyt konsumencki lub inna umowa o podobnym charakterze, zawierana pomiędzy Kredytobiorcą i Deutsche Bank;
- 19) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 20) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami OWU;
- 21) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;

22) utrata pracy:

- a) w przypadku Ubezpieczonego nieprowadzącego działalności gospodarczej – utrata pracy, z przyczyn niedotyczących Ubezpieczonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy za wypowiedzeniem, zawartego na czas nieokreślony lub określony,

- b) w przypadku Ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą – zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej i jej wyrejestrowanie z właściwej ewidencji lub rejestru,

pod warunkiem że w wyniku takiej utraty pracy Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

- 23) **wnioskopolisa** – dokument zawierający wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a także potwierdzający jej zawarcie z Ubezpieczającym oraz zawierający oświadczenia Ubezpieczonych o zgodzie na przystąpienie do ubezpieczenia / objęcie ochroną ubezpieczeniową;

- 24) **Współubezpieczony** – Współkredytobiorca, który został wskazany przez Ubezpieczającego w dokumencie wnioskopoliisy jako Współubezpieczony oraz złożył oświadczenia o zgodzie na objęcie ochroną ubezpieczeniową;

- 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – jedno ze zdarzeń: śmierć, trwała i całkowita niezdolność do pracy, pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, czasowa niezdolność do pracy, poważne zachorowanie, utrata pracy, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

§ 19

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. nr 2/29/03/2017 oraz uchwałą Zarządu 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 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.