



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO „mZdrowie” DLA KLIENTÓW mBanku S.A.

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego „mZdrowie” dla Klientów mBanku S.A., zwane w dalszej części **OWU**, stanowią podstawę zawarcia grupowej Umowy Ubezpieczenia Zdrowotnego „mZdrowie” dla Klientów mBanku S.A. pomiędzy BRE Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., a mBankiem S.A. Grupowa Umowa Ubezpieczenia Zdrowotnego „mZdrowie” dla Klientów mBanku S.A. zwana jest dalej **Umowa Ubezpieczenia**.
- Umowa Ubezpieczenia zawarta zostaje na rachunek Posiadacza rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych mBanku S.A.

§ 2

Definicje

- certyfikat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz formę i wariant ubezpieczenia, dostarczany Ubezpieczonemu głównemu;
- choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego;
- deklaracja przystąpienia** – oświadczenie woli dotyczące przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Zdrowotnego „mZdrowie” dla Klientów mBanku S.A. składane przez Ubezpieczonego głównego, lub wprowadzenia zmian, dotycząca ubezpieczenia lub Ubezpieczonego, składana przez Ubezpieczonego głównego;
- dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego głównego lub jego współmałżonka bądź partnera, bądź dziecko dla którego Ubezpieczony główny, jego współmałżonek lub partner jest rodziną zastępczą, które w dniu przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia nie ukończyło 25. roku życia;
- forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie Ubezpieczony główny;
- forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony główny, wraz ze współmałżonkiem albo partnerem a także dziećmi;
- forma ubezpieczenia** – indywidualna lub rodzinna forma ubezpieczenia;
- Infolinia Medyczna** – infolinia telefoniczna działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, pod ogólnopolskim numerem telefonu podanym na karcie ubezpieczenia i certyfikacie ubezpieczenia dzięki, której Ubezpieczony może umówić termin wizyty lekarskiej, badań diagnostycznych, zabiegów medycznych i uzyskać informacje na temat zakresu ubezpieczenia;
- Katalog świadczeń zdrowotnych** – Załącznik nr 1 do niniejszych OWU opisujący świadczenia zdrowotne, do realizacji których ma prawo Ubezpieczony zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia. W Katalogu są również przedstawione Zasady i wysokość zwrotu kosztu świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza placówkami medycznymi należącymi do sieci Partnera Medycznego;
- mięsiąc ochrony ubezpieczeniowej** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, przypadający na 1. lub 15 dzień miesiąca, określony w certyfikacie ubezpieczenia, a kończący się:
 - w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego – w przypadku Ubezpieczonych, którym ochrona rozpoczyna się 1. dnia miesiąca,
 14. dnia miesiąca następującego po miesiącu w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa – w przypadku Ubezpieczonych, którym ochrona rozpoczyna się 15. dnia miesiąca;
- partner** – osoba fizyczna wskazana przez Ubezpieczonego głównego w deklaracji przystąpienia, prowadząca z nim, w dniu złożenia deklaracji przystąpienia, wspólne gospodarstwo domowe oraz pozostająca z nim w trwałym wspólnym pożyciu, która ukończyła 18. rok życia i w chwili złożenia deklaracji przystąpienia nie ukończyła 70. roku życia. Zmiana osoby wskazanej jako partner jest możliwa po upływie 12 miesięcy liczonych od momentu ostatniej zmiany partnera;
- Partner Medyczny** – podmiot, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń na rzecz Ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia „mZdrowie” dla Klientów mBanku S.A.
- placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całonocnej lub dozażnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne, określone w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym Załącznik Nr 1 do niniejszych OWU, do realizacji których ma prawo Ubezpieczony zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, wskazanym w certyfikacie ubezpieczenia;
- Towarzystwo** – BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Ks. I. Sko-rupki 5, 00-963 Warszawa;

- Ubezpieczający** – mBank S.A. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Senatorskiej 18, 00-950 Warszawa, zawierający Umowę Ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składek;
- Ubezpieczony** – Ubezpieczony główny, jego współmałżonek albo partner, a także dziecko lub dzieci objęte ochroną ubezpieczeniową;
- Ubezpieczony główny** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego, w przypadku rachunku wspólnego – każdy ze Współposiadaczy rachunku, na rzecz którego zawarta została Umowa Ubezpieczenia, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 70. roku życia; uprawniona do wskazania osób Ubezpieczonych w przypadku wybrania formy rodzinnej ubezpieczenia;
- wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczonego głównego zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, określony w Katalogu świadczeń zdrowotnych stanowiącym Załącznik Nr 1 do niniejszych OWU;
- współmałżonek** – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczonym głównym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego która ukończyła 18. rok życia i w chwili złożenia deklaracji przystąpienia nie ukończyła 70. roku życia.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - udostępnienie Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych i pokrycie kosztów tych świadczeń, realizowanych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w placówkach medycznych wskazanych przez Konsultanta Infolinii Medycznej, należących do sieci Partnera Medycznego, w zakresie uzależnionym od wybranego wariantu ubezpieczenia, który został określony i potwierdzony w certyfikacie ubezpieczeniowym;
 - zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych opisanych w Katalogu świadczeń zdrowotnych właściwych dla wybranego wariantu ubezpieczenia do wysokości limitów wskazanych w Katalogu świadczeń zdrowotnych.
- Zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), objęte są wyłącznie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez Konsultanta Infolinii Medycznej należących do sieci Partnera Medycznego. Świadczenia zdrowotne, które nie są wskazane w Katalogu świadczeń zdrowotnych, w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- Zasady i wysokość zwrotu kosztu świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza placówkami medycznymi należącymi do sieci Partnera Medycznego, w tym maksymalna wartość refundacji kosztów świadczeń, są opisane w Katalogu świadczeń zdrowotnych.
- Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 2 pkt 1), realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci Partnera Medycznego, w rozumieniu Umowy Ubezpieczenia, których aktualny wykaz znajduje się na stronie internetowej Ubezpieczającego lub jest dostępny pod numerem Infolinii Medycznej wskazanym na certyfikacie ubezpieczenia.

§ 4

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

§ 5

Przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia

- Do Umowy Ubezpieczenia może przystąpić każdy Ubezpieczony główny, który ukończył 18. rok życia i nie ma ukończonego 70. roku życia.
- Ubezpieczony główny może przystąpić do Umowy Ubezpieczenia, poprzez wypełnienie i złożenie deklaracji przystąpienia w wersji elektronicznej za pomocą internetowej usługi transakcyjnego Ubezpieczającego lub składając takie oświadczenie przez telefon lub w formie pisemnej, osobiście w placówce Ubezpieczającego wraz z wybraniem formy i wariantu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
- Przed przystąpieniem Ubezpieczonego głównego do Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu głównemu treści niniejszych OWU wraz z Katalogiem świadczeń zdrowotnych.

§ 6

Ochrona ubezpieczeniowa

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych, pod warunkiem uprzedniego zapłacenia składki, rozpoczyna się:
 - dla Ubezpieczonych, którzy zostali zgłoszeni do Umowy Ubezpieczenia do 15. dnia miesiąca – od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia do Umowy Ubezpieczenia;
 - dla Ubezpieczonych, którzy zostali zgłoszeni do Umowy Ubezpieczenia od 16. dnia miesiąca do ostatniego dnia miesiąca – od 15. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu zgłoszenia do Umowy Ubezpieczenia.

- Objęcie ochroną ubezpieczeniową potwierdzone jest poprzez wystawienie przez Towarzystwo certyfikatu ubezpieczenia przesłanego na wskazany przez Ubezpieczonego głównego adres e-mail.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w certyfikacie ubezpieczenia, trwa przez okres jednego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej i automatycznie zostaje przedłużona na kolejny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem, iż zostaną spełnione łącznie poniższe warunki:
 - Ubezpieczający zgłosił Towarzystwu Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia;
 - Ubezpieczający opłaci składkę za następny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej w ustalonym terminie.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Ubezpieczenia w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
 - z dniem odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony główny ukończył 70. rok życia – w stosunku do Ubezpieczonego głównego i wszystkich wskazanych przez niego Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w formie rodzinnej;
 - z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony będący współmałżonkiem albo partnerem ukończył 70. rok życia;
 - z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem ukończył 26. rok życia;
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego:
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego głównego – w stosunku do Ubezpieczonego głównego,
 - w stosunku do wskazanych przez Ubezpieczonego głównego Ubezpieczonych objętych ochroną w formie rodzinnej – w ostatnim dniu miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, za który została opłacona składka;
 - z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy o prowadzenie bankowego rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego zawartej pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym głównym;
 - z ostatnim dniem 3-go pełnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej następującego po miesiącu ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony główny złożył Ubezpieczającemu rezygnację z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku zdarzeń, o których mowa w ust. 5 pkt 2) i 4) powyżej, Ubezpieczony, spełniający warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową, o których mowa w § 5 może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową bez zachowania okresu 6 miesięcy karencji, o których mowa w § 10 ust. 4 pod warunkiem braku przerw w ochronie ubezpieczeniowej.

§ 7

Wyłączenia odpowiedzialności

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego za świadczenia zdrowotne wykonane z powodu jego stanu zdrowia będącego następstwem:
 - działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) lub środków odurzających, substancji psychotropowych, oraz środków zastępczych (w rozumieniu przepisów Ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii), jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie świadczenia;
 - epidemią, pandemią i skażeń chemicznych ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej, jeżeli stan ten miał wpływ na powstanie świadczenia.
- Towarzystwo nie odpowiada za utrudnienia lub opóźnienia w realizacji świadczeń zdrowotnych, wynikające z uczestnictwa personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych, polegających na nieudzieleniu świadczeń zdrowotnych lub opóźnieniu w realizacji świadczeń zdrowotnych.

§ 8

Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia

- Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia możliwa jest w każdym miesiącu ochrony ubezpieczeniowej i jest skuteczna w terminie wskazanym w ust. 4, z zastrzeżeniem, że kolejna zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia jest możliwa po upływie 6 miesięcy od ostatniej zmiany.

- Zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia nie jest możliwa po złożeniu oświadczenia o rezygnacji z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zmiana formy ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia lub zgłoszenie do objęcia ochroną ubezpieczeniową nowego Ubezpieczonego w ramach istniejącego ubezpieczenia w formie rodzinnej powinno zostać zgłoszone Ubezpieczającemu za pośrednictwem internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub poprzez zgłoszenie takiego oświadczenia przez telefon, lub osobiście w placówce Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
- W przypadku Ubezpieczonych, którym miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać:
 - od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu, pod warunkiem, że zmiana została zgłoszona w okresie od 1. do 15. dnia miesiąca kalendarzowego;
 - od 1. dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu w przypadku, gdy zmiana została zgłoszona w okresie od 16. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku Ubezpieczonych, dla których miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca zmiana formy lub wariantu ubezpieczenia będzie obowiązywać od 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia takiej zmiany Ubezpieczającemu.
- W formie rodzinnej Ubezpieczony główny może w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosić do objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 2 pkt 11) i § 8 ust. 7 i 8 poniżej.
- W przypadku, gdy miesięczny okres ochrony ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do nowego Ubezpieczonego objętego rodzinną formą ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego pod warunkiem że zgłoszenie nastąpiło w okresie od 1. do 15. dnia miesiąca kalendarzowego;
 - od 1. dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego gdy zgłoszenie nastąpiło w okresie od 16. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku gdy, miesięczny okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do nowego Ubezpieczonego objętego rodzinną formą ubezpieczenia rozpoczyna się od 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia nowego Ubezpieczonego do Ubezpieczającego.
- W przypadku, gdy w formie rodzinnej ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych poza Ubezpieczonym głównym z przyczyn, o których mowa w § 6 ust. 5 pkt 3) i 4), nastąpi automatyczna zmiana formy z rodzinnej na indywidualną.

§ 9

Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia

- Umowa Ubezpieczenia może zostać wypowiedziana w każdym czasie jej trwania, poprzez złożenie przez Ubezpieczającego (Bank) lub Towarzystwo pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Okres wypowiedzenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym druga strona otrzymała oświadczenie o wypowiedzeniu.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia następuje na podstawie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego.
- Wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10

Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

- Ubezpieczony główny ma prawo zrezygnować z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesięczny okres ubezpieczenia w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca ochrony ubezpieczeniowej przy zachowaniu 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego miesiącami ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony główny składa w tym celu Ubezpieczającemu oświadczenie woli o rezygnacji z automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej w formie elektronicznej za pomocą internetowego serwisu transakcyjnego Ubezpieczającego lub w formie pisemnej osobiście w placówce Ubezpieczającego, lub w formie ustnej przez telefon, o ile Ubezpieczający udostępni taką funkcjonalność.
- Oświadczenie Ubezpieczonego głównego o rezygnacji, skutkuje rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach formy rodzinnej.
- W przypadku braku automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej lub jej wygaśnięcia kolejne objęcie ochroną ubezpieczeniową jest możliwe po 6 miesiącach liczonych od ostatniego dnia okresu, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6.

§ 11

Podstawowe obowiązki Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

- Towarzystwo zobowiązane jest do przekazania w formie elektronicznej Ubezpieczonemu głównemu certyfikatu ubezpieczenia na adres e-mail wskazany przez niego w deklaracji przystąpienia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w danym miesiącu ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - przestrzegania zaleceń lekarskich;
 - przestrzegania zasad organizacji pracy w placówkach medycznych, w części dotyczącej pacjentów w trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych;
 - informowania Ubezpieczającego o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w formie rodzinnej obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym głównym.

§ 12

Składka

- Składkę ustala się biorąc pod uwagę:
 - okres odpowiedzialności Towarzystwa,
 - liczbę Ubezpieczonych,
 - wariant ubezpieczenia oraz formę ubezpieczenia,
 - inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczający opłaca składkę za wszystkich Ubezpieczonych za każdy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej.

§ 13

Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego

- Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu określony jest w Katalogu świadczeń zdrowotnych, stanowiącym Załącznik Nr 1 do OWU i zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia.
- W celu uzyskania świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony powinien:
 - skontaktować się z Infolinią Medyczną, której numer znajduje się na certyfikacie ubezpieczenia, w celu uzgodnienia placówki medycznej i uzgodnienia terminu wykonania świadczenia zdrowotnego;
 - w uzgodnionym terminie zgłosić się do placówki medycznej; przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej Partnera Medycznego.
- Wszystkie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych będą dostępne i realizowane bezgotówkowo pod warunkiem, że:
 - mogą być zrealizowane z uwzględnieniem wskazań lekarskich w warunkach ambulatoryjnych;
 - istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej oraz
 - świadczenie zostało uzgodnione za pośrednictwem Infolinii Medycznej.
- W przypadku świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza placówkami medycznymi należącymi do sieci Partnera Medycznego, zasady i wysokość zwrotu kosztów są opisane w Katalogu świadczeń zdrowotnych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWU.
- W przypadku konieczności skorzystania ze świadczeń zdrowotnych takich jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, rehabilitacja, Towarzystwo wymaga przesłania skierowania na dane badanie w celu umówienia w odpowiedniej placówce medycznej dysponującej sprzętem medycznym o odpowiednich parametrach technicznych.

§ 14

Postanowienia końcowe

- Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia lub wysokości przyznanego świadczenia, bądź chciałby zgłosić skargę związaną z przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia lub jej wykonaniem, może on wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy skierowanym do Zarządu Towarzystwa.
- Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
- W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
- Powództwo o roszczenie z Umowy Ubezpieczenia może zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. nr BRE-TU_ob/2015/4/5 z dnia 13.04.2015 r. i wchodzi w życie z dniem 16.04.2015 r.

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.

- W każdym przypadku osoba uprawniona z Umowy Ubezpieczenia może wnieść Reklamację. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - Towarzystwu BRE Ubezpieczenia TUIR S.A.:
 - ustnie – telefonicznie pod nr telefonu **+48 22 444 70 00** (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa,
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: **serwis@axaubezpieczenia.pl**
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa – **BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. w Warszawie, ul. Ks. I. Skorupki 5, albo**
 - drogą pocztową na adres: **BRE Ubezpieczenia TUIR S.A. ul. Ks. I. Skorupki 5, 00-963 Warszawa**
- Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
- Odpowiedź Towarzystwa na Reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca Reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
- Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 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).
- Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- 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.
- 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. BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. według właściwości określonej poniżej: 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.
- Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich Towarzystwo informuje, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

W celu umówienia świadczeń zdrowotnych prosimy o kontakt z Infolinią Medyczną

**pod nr tel.: +48 58 662 08 17,
+48 519 112 977.**

Nr polisy generalnej 9000153

Z dniem 1 grudnia 2015 r. BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna zmieniło nazwę na AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, w skrócie AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. Zmianie uległ także adres siedziby Towarzystwa na ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa. Zasady oferowania oraz obsługi produktów pozostają bez zmian.

BRE Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.
ul. Ks. I. Skorupki 5, 00-963 Warszawa
tel.: +48 22 444 70 00 • fax.: +48 22 444 70 02
www.breubeezpieczenia.pl

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
KRS 0000271543 • REGON 140806789 • NIP 107 000 61 55
Wysokość Kapitału Zakładowego: 107 912 677 PLN, opłacony w całości