

ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia **Parasol**

ubezpieczenie na życie

indeks TP/12/12/17

więcej / niż standard



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 na życie Parasol – indeks TP/12/12/17

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

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Parasol stosuje się do umów ubezpieczenia na życie zawieranych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na uzgodnionych przez strony warunkach, odmiennych od postanowień niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia.
3. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przedstawia Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia a umową ubezpieczenia, chyba że umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa, będący dniem zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 2) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Parasol;
- 3) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 4) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony;
- 5) **Tabela opłat i limitów** – tabela opłat i limitów finansowych dla ubezpieczenia na życie Parasol, stanowiąca integralną część OWU;
- 6) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.;
- 7) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do zapłaty składki ubezpieczeniowej;
- 8) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 9) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 10) **Uposażony Główny** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 11) **Uposażony Zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego, jeśli Uposażony Główny nie został wskazany, zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub został pozbawiony prawa do świadczenia;
- 12) **Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu umowy ubezpieczenia; uprawnionym w rozumieniu OWU jest Uposażony Główny, Uposażony Zastępczy lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadkach określonych w OWU lub przepisach prawa;
- 13) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego, liczona w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dniu rocznicy polisy.

Treść umowy ubezpieczenia

§ 3

Treść umowy ubezpieczenia zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWU, polisie, załącznikach do polisy oraz każdym innym dokumencie uzgodnionym przez strony umowy ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach i warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.

Zakres i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu zapłacenia pierwszej składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

§ 6

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była wynikiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroru lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od daty rozpoczęcia ochrony;
- 3) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności.

Definicja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 7

Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi kwota odpowiadająca wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Sposób zawierania umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest wystawieniem polisy.
2. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.
4. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo, w okresie pierwszych trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

- 4a. Postanowienia ust. 3 oraz ust. 4 stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.
5. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub przedstawił dokumentację medyczną stwierdzającą stan jego zdrowia.
6. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 5, przeprowadzane jest przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub zakład opieki zdrowotnej.
7. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 5, jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, dokumentacji medycznej, badań medycznych oraz przy uwzględnieniu innych elementów ryzyka, Towarzystwo może podjąć decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU, o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia lub może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWU.
9. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, w terminie 14 dni od dnia odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, wpłaconą składkę, o ile została opłacona.

§ 9

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWU, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. W przypadku braku sprzeciwu, w terminie określonym w ust. 1, umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dacie rozpoczęcia ochrony wskazanej w polisie.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy ubezpieczenia.

§ 10

1. Towarzystwo, w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we wniosku ubezpieczeniowym, wystawia polisę wraz z odpowiednimi załącznikami.
2. Polisa wraz z odpowiednimi załącznikami określa w szczególności:
 - 1) dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) strony umowy ubezpieczenia;
 - 3) dane Ubezpieczonego;
 - 4) dane Uposażonego;
 - 5) wysokość sumy ubezpieczenia;
 - 6) wysokość i terminy opłacania składki;
 - 7) okres ubezpieczenia.

Okres ubezpieczenia

§ 11

Okres ubezpieczenia określany jest w polisie. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 2 lata.

Ubezpieczony

§ 12

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 63. roku życia.

Uprawniony

§ 13

1. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych.
2. Ubezpieczony w czasie trwania umowy może zmieniać Uposażonych.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych Ubezpieczony może określić proporcje każdej z osób w świadczeniu.
4. W przypadku braku określenia udziałów każdej z osób w świadczeniu lub błędnego wskazania udziałów Towarzystwo przyjmuje, że udziały te są równe.

§ 14

1. Uposażony Główny nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli Uposażony Główny zmarł przed Ubezpieczonym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni Główni, z uwzględnieniem zapisu § 13 ust. 4.
3. Jeżeli żaden z Uposażonych Głównych nie żyje w chwili śmierci Ubezpieczonego lub wszyscy utracili prawo do świadczenia lub Ubezpieczony nie wyznaczył żadnych Uposażonych Głównych, prawa do świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady podanej w ust. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych Głównych, ani Uposażonych Zastępczych lub wskazani przez niego Uposażeni Główni i Uposażeni Zastępczy zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się spadkobiercy Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby w proporcji i na zasadach określonych powyżej.

Podstawowe prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 15

1. Do obowiązków Towarzystwa należy:
 - 1) doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 2) doręczenie Ubezpieczającemu polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) prawidłowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do przekazania Ubezpieczającemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie rzadziej niż raz w roku – informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma obowiązek wpłacać składki w wymaganej wysokości i terminach określonych w polisie.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU wraz z załącznikami.

5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o:
- 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
 - 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.
6. Obowiązki określone w ust. 1–5 nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWU.

Suma ubezpieczenia

§ 16

1. Ubezpieczający określa we wniosku ubezpieczeniowym proponowaną wysokość sumy ubezpieczenia
2. Wysokość sumy ubezpieczenia stanowi kwota określona w polisie.
3. Minimalna wysokość sumy ubezpieczenia określona jest w Tabeli opłat i limitów.
4. Suma ubezpieczenia może ulegać zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w poniższych paragrafach.

Zmiana sumy ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego

§ 17

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, z tym jednak zastrzeżeniem, że wniosek o podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia może być złożony nie później niż na 2 lata przed końcem okresu ubezpieczenia.
2. Towarzystwo może:
 - 1) wyrazić zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, albo
 - 2) zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia na inną kwotę, albo
 - 3) nie wyrazić zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może żądać od Ubezpieczającego:
 - 1) złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - 2) przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego, lub
 - 3) zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, o którym mowa w § 8.
4. Towarzystwo określa nową wysokość składki ubezpieczeniowej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo propozycji zawierającej ofertę zmiany sumy ubezpieczenia na inną kwotę. Dokument, o którym mowa powyżej, stanowi załącznik do polisy, chyba że Ubezpieczający nie przyjmie oferty Towarzystwa.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o przyjęciu oferty, o której mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała dotychczasowa wysokość sumy ubezpieczenia określona w polisie.

Sposób ustalania i opłacania składki

§ 18

1. Składkę opłaca się z góry za każdy rok okresu ubezpieczenia, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 1.
2. Wysokość składki ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego i w oparciu o następujące kryteria: wysokość sumy ubezpieczenia, wiek, okres ubezpieczenia, dane zawarte we wniosku ubezpieczeniowym, stan zdrowia Ubezpieczonego.
3. Szczegółowe terminy opłacania i wysokość składki określone są w polisie.

§ 19

1. Na wniosek Ubezpieczającego składka roczna może być opłacana w ratach półrocznych, kwartalnych lub miesięcznych, z tym że pierwszą składkę opłaca się jednocześnie ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Składkę lub jej ratę uważa się za zapłaconą z chwilą dokonania wpłaty pełnej jej wysokości przekazem pocztowym na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. W przypadku przelewu bankowego składkę lub jej ratę uznaje się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa, kwotą należnej składki lub jej raty.
4. W razie zaległości w opłaceniu składki otrzymaną wpłatę Towarzystwo zalicza w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymagalnej.
5. W przypadku zaległości w zapłacie raty składki stosuje się odpowiednio postanowienia OWU dotyczące zaległości w opłaceniu składki.

§ 20

Obowiązek opłacania składek ustaje z dniem:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia polisy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 22

1. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w formie pisemnej.
2. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy, tj. dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka, Towarzystwo dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony.

Szczególne zasady rozwiązania umowy ubezpieczenia

§ 23

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90. dnia, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.

Opłaty

§ 24

Towarzystwo pobiera z tytułu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia opłaty określone w Tabeli opłat i limitów.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 25

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - z upływem okresu ubezpieczenia;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 22 ust. 2;
 - z upływem okresu o którym mowa w § 23 OWU, jeżeli w tym terminie Ubezpieczający nie opłacił zaległej składki.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, wpłacone składki za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej nie podlegają zwrotowi.

Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 26

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe.
- Uprawniony zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Towarzystwu przez Uprawnionego dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne wnioski, o których mowa powyżej, znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
- Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
- Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 5, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą rosz-

czenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje w drodze przekazu pocztowego lub też w drodze przelewu bankowego zgodnie z dyspozycją Uprawnionego.
- W przypadku nieopłacenia należnej składki w pełnej wysokości Towarzystwo potrąci nieopłaconą składkę z wypłacanego świadczenia, o ile osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczający.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 27

- Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - ustnie – telefonicznie pod numerem 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
- Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
- Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 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.
- 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, według właściwości określonej w § 28.
- Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Sąd właściwy do rozstrzygania sporów**§ 28**

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Informacja o przepisach podatkowych**§ 29**

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 2012 r., poz. 361 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 (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

Postanowienia końcowe**§ 30**

1. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia jest wymagana zgoda Ubezpiezonego, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpiezonego, który upoważnił Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu oświadczenie

Ubezpiezonego o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia, jeżeli nie upoważnił Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołał takie upoważnienie.


2. O ile OWU nie stanowią inaczej, odwołanie oświadczenia, w tym wniosku lub dyspozycji, jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż z tym wnioskiem lub dyspozycją.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie.
4. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub na innym niż forma pisemna trwałym nośniku.
5. Tabela opłat i limitów może zostać zmieniona w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto zmiana, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, może mieć miejsce wyłącznie na korzyść Ubezpieczającego. Towarzystwo jest zobowiązane doręczyć Ubezpieczającemu informację o zmianie Tabeli opłat i limitów przynajmniej 30 dni przed jej wprowadzeniem, a Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia przed upływem tego terminu.

§ 31

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
3. Integralną częścią OWU jest Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§ 32

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdzone zostały uchwałą Zarządu nr 1/26/07/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. i zmienione uchwałami Zarządu Towarzystwa nr 1/25/03/2010 z dnia 25 marca 2010 r., nr 1/15/06/2011 z dnia 15 czerwca 2011 r., nr 1/31/10/2012 z dnia 31 października 2012 r., nr 1/25/09/2014 z dnia 25 września 2014 r. oraz nr 1/22/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Tabela opłat i limitów finansowych

o indeksie TPTOL/12/12/17 do Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Parasol przyjęta uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/15/05/2007 z dnia 15 maja 2007 r. i zmieniona uchwałą nr 1/31/10/2012 z dnia 31 października 2012 r. wchodzi w życie z dniem 17 grudnia 2012 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tym dniu

Minimalne składki za ubezpieczenie podstawowe

Miesięczna	50 zł
Kwartalna	150 zł
Półroczna	275 zł
Roczna	500 zł
Minimalna suma ubezpieczenia	30 000 zł

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 59 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl