

inwestycje

Ogólne warunki ubezpieczenia
Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6

**ubezpieczenie na życie
z ubezpieczeniowymi
funduszami kapitałowymi
ze składką podstawową
opłacaną regularnie**

indeks PINS6/14/09/01

więcej / niż standard



Informacje o Planie Inwestycyjnym Nowy Selekt 6



Czym jest Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6?

Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 jest umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK). Ubezpieczenie ma charakter inwestycji długoterminowej i jego podstawowym celem jest inwestowanie środków i budowanie kapitału.

Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 **umożliwia korzystanie z szerokiej oferty różnych UFK** dających dostęp do inwestycji polskich i międzynarodowych. UFK można dobrać w ramach wybranej przez siebie strategii inwestycyjnej samodzielnie lub można powierzyć dobór funduszy specjalistom, wybierając tzw. portfele modelowe.

Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 **jest ubezpieczeniem na życie**. Zgromadzony kapitał powiększa sumę ubezpieczenia wypłacaną w razie śmierci Ubezpieczonego. Ponadto zakres ubezpieczenia obejmuje ochronę na wypadek śmierci, a przez 6 lat – ochronę na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jak również – w przypadku gdy Ubezpieczony jest tą samą osobą, co Ubezpieczający – ochronę na wypadek niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.



Dla kogo przeznaczony jest Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6?

Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 przeznaczony jest dla osób, które mają zamiar systematycznie budować kapitał na przyszłość, np. w celu zapewnienia bezpieczeństwa finansowego swoich dzieci lub na swoją emeryturę. Z tego względu Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 ma charakter długoterminowy, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi minimum 6 lat.



Na co trzeba zwrócić uwagę, wybierając Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6?

Wybierając Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6, Ubezpieczający ma możliwość swobodnego określenia swojej strategii inwestycyjnej, czyli wyboru funduszy spośród oferowanych przez AXA lub przygotowanych przez AXA portfeli modelowych. **Podejmując decyzję o zakupie Planu Inwestycyjnego Nowy Selekt 6, należy więc wziąć pod uwagę swoje doświadczenie w inwestowaniu oraz swoją skłonność do ryzyka.** Należy też pamiętać o możliwości uzyskania wyników gorszych niż spodziewane, a nawet poniesienia strat. Celem długoterminowego inwestowania jest osiąganie zysków, jednak AXA nie gwarantuje realizacji założonego celu ani uzyskania określonego wyniku inwestycyjnego.

Wybierając Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6, należy również zwrócić uwagę na opłaty. Niektóre będą pobierane regularnie, inne przy wykonaniu konkretnej operacji. Rodzaje i wysokość opłat zostały wskazane w Tabeli opłat i limitów, a poglądowo opisane również w odpowiedzi na pytanie dotyczące opłat.

Przypominamy, że Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 ma **charakter długoterminowy**, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi **minimum 6 lat**. Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 nie powinien być więc wybierany przez osoby, które mają w planach odkładanie pieniędzy przez krótszy czas. Wcześniejsza rezygnacja wiąże się bowiem z utratą części środków ze względu na opłaty pobierane przez AXA.



Jakie dokumenty otrzyma Ubezpieczający po złożeniu wniosku o zawarcie umowy?

AXA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie polisy, która określa podstawowe warunki umowy. Polisa wskazuje między innymi terminy opłacania składki podstawowej w pierwszym roku polisy, jej wysokość, świadczenia ubezpieczeniowe i datę zawarcia umowy. **Polisa jest ważnym dokumentem**, dlatego też w przypadku gdy Ubezpieczający nie otrzyma polisy w ciągu 2 tygodni od momentu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i zapłacenia składki, powinien skontaktować się z AXA.

Raz w roku AXA będzie przysyłać Ubezpieczającemu list rocznicowy, określający między innymi terminy płatności składki w kolejnym roku polisy, wartość podstawową i dodatkową polisy oraz wartość wykupu. List rocznicowy jest przysyłany na konto w ramach serwisu transakcyjnego AXA On-line oraz – w przypadku osób, które złożyły taką dyspozycję – listownie.



Jakie opłaty są pobierane w Planie Inwestycyjnym Nowy Selekt 6?

Inwestowanie w ramach Planu Inwestycyjnego Nowy Selekt 6 wiąże się z ponoszeniem opłat. Rodzaje opłat zostały opisane poglądowo w poniższej tabeli, a szczegółowo zostały opisane w Tabeli opłat i limitów, OWU oraz Karcie Produktu. Ważne jest, aby zapoznać się ze wszystkimi tymi dokumentami przed podpisaniem umowy.

Rodzaj opłaty	Rachunek podstawowy do obowiązkowych wpłat regularnych	Rachunek dodatkowy do dobrowolnych wpłat dodatkowych
Opłata dystrybucyjna określona procentowo	Tak	Nie
	50% składek podstawowych należnych w 1. roku polisy	
Opłata administracyjna określona procentowo	Tak	Tak
	zależna od wariantu oraz roku polisy, od 0,75% do 2,45% w skali roku	zależna od wariantu oraz roku polisy, od 0,75% do 1,95% w skali roku
Opłata administracyjna określona kwotowo	Tak	Nie
	12,18 zł miesięcznie	
Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe	Tak	Nie
	do dnia poprzedzającego 6. rocznicę polisy – niezależna od wieku Ubezpieczonego, pobierana w wysokości (miesięcznie) 0,025% sumy ubezpieczenia obowiązującej w tym okresie, od 6. rocznicy – zależna od wieku Ubezpieczonego, od 1 gr do 5 zł miesięcznie	
Opłata za zarządzanie pobierana przez AXA Życie TU S.A.	Tak	
	dotyczy jedynie portfeli modelowych, zależna od wybranego portfela modelowego od 0,3% do 0,5% w skali roku	
Opłata za zarządzanie pobierana przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI) lub spółki zarządzające zagranicznymi funduszami inwestycyjnymi	Tak	
	zależna od rodzaju funduszu oraz danego TFI: <ul style="list-style-type: none"> ■ fundusze gotówkowe i rynku pieniężnego: 1% ■ fundusze dłużne: 0,75% – 2% ■ fundusze mieszane i fundusze absolutnej stopy zwrotu: 1,2% – 4% ■ fundusze akcyjne i surowcowe: 1,35% – 4% 	
Opłata transakcyjna – w szczególnych przypadkach określonych w Tabeli opłat i limitów	Tak	
	zależna od rodzaju transakcji	
Opłata dystrybucyjna określona kwotowo – w przypadku rozwiązania umowy w ciągu pierwszych 6 lat	Tak	Nie
	500 zł	

Informacje o Planie Inwestycyjnym Nowy Selekt 6



Czym są premie?

Na koniec 6. roku trwania umowy AXA przyznaje premie: refundacyjną oraz lojalnościową. Premie stanowią określony procent składki podstawowej należnej za 1. rok umowy.

Wysokość **PREMII REFUNDACYJNEJ** jest stała dla każdego z wariantów i wynosi 50% składki podstawowej należnej za 1. rok umowy.

Wysokość **PREMII LOJALNOŚCIOWEJ** jest zależna od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu. Warianty są wskazane w Tabeli opłat i limitów. Premia lojalnościowa stanowi swoistą nagrodę za systematyczne inwestowanie w ramach Planu Inwestycyjnego Nowy Selekt 6.

Premia refundacyjna i lojalnościowa przysługują pod warunkiem, że do momentu ich przyznania:

- umowa nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe,
- nie dokonano jakiegokolwiek wypłaty częściowej z rachunku podstawowego.

Wysokość należnych premii jest widoczna w serwisie transakcyjnym AXA On-Line.



Jak ustalić swoją strategię inwestycyjną?



Ubezpieczający inwestuje środki pochodzące ze składek na własne ryzyko, dlatego też wybór strategii inwestycyjnej powinien być świadomą i dobrze przemyślaną decyzją. Ustalenie strategii Ubezpieczający powinien więc zacząć od określenia swojego profilu inwestycyjnego, tzn. ustalić, jakiego zysku oczekuje i jaką stratę gotów jest zaakceptować. W ustaleniu profilu inwestycyjnego pomoże ankieta, która jest wypełniana przed zawarciem umowy przez Ubezpieczającego. Ankieta ma na celu zebranie informacji o potrzebach, wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie inwestowania oraz sytuacji finansowej Ubezpieczającego.



Określenie strategii inwestycyjnej ma miejsce podczas zawierania umowy. Ubezpieczający samodzielnie wybiera UFK, w których jednostki uczestnictwa inwestowane są jego składki (alokacja). W wyborze UFK odpowiedniego ze względu na poziom ryzyka i profil inwestycyjny Ubezpieczającego pomocne są graficzne oznaczenia poziomu ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Prezentowane są one w wykazach UFK oraz na axa.pl.



Ubezpieczający może zmieniać swoją strategię inwestycyjną przez zmianę wybranych uprzednio UFK (zmiana alokacji) lub przez przenoszenie środków pomiędzy UFK (konwersja). Zmiana alokacji i konwersja będą miały zastosowanie do składek regularnych (podstawowych) oraz rachunku podstawowego, jak również do składek dodatkowych oraz rachunku dodatkowego od początku trwania umowy.



Osoby, które nie mają doświadczenia w samodzielnym inwestowaniu, mogą wybrać tzw. portfele modelowe, zarządzane przez specjalistów od zarządzania funduszami. Należy przy tym pamiętać, że portfele modelowe różnią się od siebie poziomem ryzyka – przykładowo portfel o profilu akcyjnym inwestuje przede wszystkim w fundusze akcyjne i charakteryzuje się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego, podczas gdy portfel stabilnego wzrostu, o umiarkowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego, inwestuje głównie w fundusze dłużne.



Od czego zależy wielkość gromadzonego kapitału?

Wielkość gromadzonego kapitału zależy od wybranej przez Ubezpieczającego strategii inwestycyjnej oraz wysokości wpłacanych składek. Skuteczność realizacji wybranej strategii zależy w głównej mierze od sytuacji na rynkach finansowych oraz od czasu trwania umowy.



Czy można dokonywać dodatkowych wpłat, jeśli dysponuje się wolnymi środkami?

Tak, służy do tego rachunek dodatkowy. **Na rachunek dodatkowy** Ubezpieczający może w każdym czasie wpłacać składkę dodatkową w dowolnej wysokości, bez dodatkowych opłat.



Czy jest możliwość dysponowania środkami w czasie trwania umowy?

Tak, jednak bez ograniczeń tylko pieniędzmi gromadzonymi na rachunku dodatkowym. **Z rachunku dodatkowego Ubezpieczający może w każdym czasie dokonywać jednorazowych wypłat bez żadnych opłat**, a jedynie wypłaty cykliczne wiążą się z pobraniem opłat transakcyjnych wskazanych w Tabeli opłat i limitów.

Dysponowanie środkami gromadzonymi na rachunku podstawowym jest natomiast ograniczone. W przypadku wypłacenia wszystkich środków przed upływem minimalnego rekomendowanego czasu trwania umowy (6 lat) Ubezpieczający utraci prawo do wszystkich premii należnych na koniec 6. roku trwania umowy, jak również utraci część zgromadzonego kapitału w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo w wysokości 500 zł.

Częściowa wypłata środków z rachunku podstawowego, bez rozwiązywania umowy, możliwa jest od początku trwania umowy. Taka wypłata, dokonana przed końcem 6. roku umowy, wiąże się jednak z utratą prawa do wszystkich premii.



Co zrobić, gdy wystąpią przejściowe trudności w opłaceniu składek?

W przypadku braku środków na opłacanie składek Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawieszenie ich opłacania. Jest to możliwe dopiero po 2. roku obowiązywania umowy. W przypadku zaległości w opłaceniu składek przed tym terminem Ubezpieczającemu przysługuje prawo do 100-dniowej **prolongaty** terminu ich płatności. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składek w okresie prolongaty, a na jego rachunku dodatkowym nie ma środków wystarczających na ich opłacenie (transfer), umowa ulegnie rozwiązaniu po upływie okresu prolongaty (tj. po 100 dniach od dnia, w którym powstała zaległość).

Od początku 3. do końca 6. roku trwania umowy możliwe jest jednokrotne **zawieszenie** opłacania składek, które może trwać wyłącznie 6 miesięcy polisy. Zawieszenie takie nie ma wpływu na prawo do otrzymania premii.

Po wykorzystaniu zawieszenia opłacania składek, w przypadku zaległości Ubezpieczającemu przysługuje prawo do **przekształcenia umowy w umowę bezskładkową**. W przypadku przekształcenia umowy w umowę bezskładkową nie ma możliwości wznowienia opłacania składek podstawowych oraz traci się obie premie. W okresie umowy bezskładkowej nie ma możliwości wpłacania składki podstawowej, a środki mogą być wpłacane wyłącznie na rachunek dodatkowy.

Od 7. roku obowiązywania umowy w przypadku zaległości Ubezpieczający może przekształcić umowę w umowę bezskładkową, co – podobnie jak we wcześniejszym okresie – jest nieodwracalne oraz umożliwia wyłącznie wpłaty dodatkowe.

Informacje o Planie Inwestycyjnym Nowy Selekt 6



Jakie są różnice pomiędzy odstąpieniem od umowy a wypowiedzeniem umowy?

ODSTĄPIENIE OD UMOWY.

W terminie **45 dni od dnia zawarcia umowy (15 dni w przypadku przedsiębiorców)** Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy wiąże się ze zwrotem wartości polisy (sumy wartości rachunku podstawowego oraz dodatkowego) oraz pobranej opłaty dystrybucyjnej określonej procentowo. W takim wypadku od wypłaty środków AXA nie pobiera opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo (500 zł).

WYPOWIEDZENIE UMOWY.

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu. Kwota przeznaczona do wypłaty będzie stanowić wartość polisy pomniejszoną o opłatę dystrybucyjną określoną kwotowo (500 zł). W przypadku wypowiedzenia umowy AXA nie zwróci pobranych opłat dystrybucyjnych określonych procentowo. **Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 to umowa ubezpieczenia o charakterze długoterminowym, dlatego nie należy pochopnie podejmować decyzji o jej wypowiedzeniu.**



Co się dzieje z pieniędzmi w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego?

Ubezpieczony jest osobą, której życie i zdrowie jest objęte ochroną AXA. Oznacza to, że **w razie śmierci Ubezpieczonego AXA wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe Uposażonemu, a umowa ulega rozwiązaniu.** Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wówczas suma ubezpieczenia powiększona o wartość polisy, czyli całość środków zgromadzonych do tej pory na rachunkach podstawowym i dodatkowym. W przypadku gdy śmierć nastąpiła w pierwszych 6 latach polisy, była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem i miała miejsce w okresie 6 miesięcy od daty tego wypadku, AXA wypłaci dodatkowe świadczenie stanowiące równowartość składek regularnych należnych za 1. rok trwania umowy.

W przypadku gdy Ubezpieczający nie jest równocześnie Ubezpieczonym, śmierć Ubezpieczającego nie powoduje rozwiązania umowy. Stroną umowy staje się spadkobierca (lub spadkobiercy) Ubezpieczającego. W przypadku braku woli kontynuowania umowy przez spadkobiercę (lub spadkobierców) AXA dokonuje wypłaty środków na standardowych zasadach – tj. w pierwszych 6 latach trwania umowy przy uwzględnieniu opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo opisanej w Tabeli opłat i limitów oraz bez uwzględnienia premii.



Czy każdy Ubezpieczony jest chroniony na wypadek niezdolności do pracy?

W przypadku gdy Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym, jest on objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek niezdolności do pracy oraz niezdolności do wykonywania czynności życia codziennego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Ochrona taka obowiązuje przez pierwsze 6 lat trwania umowy i umożliwia otrzymanie świadczenia w wysokości równowartości składek regularnych należnych za 1. rok ubezpieczenia. Warunki wypłaty świadczenia są następujące:

- początek niezdolności do pracy oraz nieszczęśliwy wypadek nastąpiły nie później niż do dnia poprzedzającego 6. rocznicę polisy,
- początek niezdolności do pracy przypada nie później niż w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.



Jakie operacje można wykonać za pośrednictwem serwisu AXA On-Line?

Warunkiem otrzymania dostępu do serwisu AXA On-Line jest **zaakceptowanie treści Regulaminu korzystania z serwisu,** który znajduje się poniżej okienka do logowania na stronie internetowej axa.pl.

Za pośrednictwem serwisu AXA On-Line możliwe jest:

- składanie dyspozycji zmiany alokacji dla składek regularnych i dodatkowych,
- składanie dyspozycji konwersji,
- obserwowanie bieżącej wartości zgromadzonych środków oraz historii inwestycji (daty i szczegóły zmian, transakcji, zleceń itd.),
- uzyskanie informacji o należnych premiach,
- uzyskanie wglądu w swoje dane osobowe,
- sprawdzenie wysokości zaległych składek podstawowych oraz kwoty niezuananej składki,
- kontaktowanie się z AXA.

Wszelkie dyspozycje składane za pomocą serwisu AXA On-Line są bezpłatne.



Jak można się kontaktować z AXA poza serwisem AXA On-Line?



POPURZEZ E-MAIL:

ubezpieczenia@axa.pl



LISTOWNIE NA ADRES:

AXA Życie TU S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa



TELEFONICZNIE POD NUMERAMI:

22 555 00 00*
lub 801 200 200*

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych.

Uwaga! Powyższa treść ma charakter wyłącznie informacyjny i powinna być czytana łącznie z OWU, które opisują wszelkie prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1. OWU

1. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 („OWU”) stosuje się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki Stron tej umowy (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z umowy ubezpieczenia.
3. Załącznikami do OWU są:
 - 1) Załącznik nr 1 Tabela opłat i limitów;
 - 2) Załącznik nr 2 Regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Rozdział II Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) śmierć oraz nieszczęśliwy wypadek nastąpiły w okresie ubezpieczenia, jednak nie później niż do dnia poprzedzającego 6. rocznicę polisy,
 - b) śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) dożycie przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia – w przypadku gdy Ubezpieczający złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy.
3. Jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym, zakres ubezpieczenia obejmuje również niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) początek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej oraz nieszczęśliwy wypadek nastąpiły w okresie ubezpieczenia, jednak nie później niż do dnia poprzedzającego 6. rocznicę polisy;
 - 2) początek niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej przypada nie później niż w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Rozdział III Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia oraz czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego składanego przez Ubezpieczającego i jego akceptacji przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 6 lat.
3. Jeżeli Ubezpieczający do końca okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia, nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, po upływie tego okresu umowa przekształca się w umowę ubezpieczenia zawartą na czas nieokreślony.

§ 4. Okres ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanej w polisie.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

§ 5. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej, w terminie 45 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni. Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową oraz składkę dodatkową. Jeżeli przed odstąpieniem od umowy składki zostały alokowane, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość polisy powiększoną o kwotę pobranych opłat dystrybucyjnych. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia odstąpienia.
3. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) z dniem dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, chyba że umowa ubezpieczenia uległa przekształceniu w umowę ubezpieczenia zawartą na czas nieokreślony;
 - 3) w sytuacji określonej w § 30 ust. 2;
 - 4) z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - 5) począwszy od 2. rocznicy polisy – z dniem, w którym wartość podstawowa polisy będzie równa zero.
2. Złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odwołać doręczone Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jeżeli Towarzystwo nie dokonało odpisania jednostek uczestnictwa w celu wypłaty wartości wykupu.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami ust. 1 pkt 3–5, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego może wznowić umowę na warunkach uzgodnionych w osobnym porozumieniu.

Rozdział IV Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 7. Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

1. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 58. rok życia i nie ukończyła 62. roku życia, a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
2. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać składkę podstawową, co stanowi główne świadczenie Ubezpieczającego;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 5,
 - 2) nieprzedłużania umowy ubezpieczenia zgodnie z § 8 ust. 4,
 - 3) dokonywania nadpłat składki podstawowej zgodnie z § 10 ust. 4–6,

- 4) opłacania składki dodatkowej zgodnie z § 11,
 - 5) zmiany wysokości składki podstawowej zgodnie z § 12 ust. 1–4,
 - 6) rezygnacji z indeksacji składki podstawowej zgodnie z § 12 ust. 7,
 - 7) składania dyspozycji alokacji zgodnie z § 21,
 - 8) składania dyspozycji konwersji zgodnie z § 22,
 - 9) otrzymania premii refundacyjnej zgodnie z § 23,
 - 10) otrzymania premii lojalnościowej zgodnie z § 24,
 - 11) składania dyspozycji transferu zgodnie z § 29,
 - 12) zawieszenia opłacania składki podstawowej zgodnie z § 32,
 - 13) wznowienia opłacania składki podstawowej zgodnie z § 32,
 - 14) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 33,
 - 15) dokonywania wypłaty części wartości podstawowej polisy zgodnie z § 35,
 - 16) dokonywania wypłaty wartości dodatkowej polisy lub jej części zgodnie z § 36,
 - 17) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu zgodnie z § 37,
 - 18) składania skarg i zażaleń zgodnie z § 43,
4. Ubezpieczający będący jednocześnie Ubezpieczonym ma prawo do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
 5. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, wszelkie prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

§ 8. Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego nie ukończyła 62. roku życia.
2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonych i ich zmiany. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowego udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków, oraz do składania skarg i zażaleń zgodnie z § 43.
4. Ubezpieczony ma prawo do otrzymania świadczenia z tytułu dożycia ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, w przypadku gdy Ubezpieczający złoży oświadczenie o jej nieprzedłużaniu.

§ 9. Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczeń ochronnych i inwestycyjnych zgodnie z zasadami określonymi w OWU, co stanowi główne świadczenia Towarzystwa;
 - 2) prowadzenia rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego i alokowania składek podstawowych oraz dodatkowych na tych rachunkach;
 - 3) spełnienia innych obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.
2. Towarzystwo jest zobowiązane ustalić składki w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział V Składki z tytułu umowy ubezpieczenia

§ 10. Składka podstawowa

1. Składka podstawowa opłacana jest z częstotliwością miesięczną na rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości i w terminach określonych w polisie i w listach rocznicowych.
2. W przypadku gdy kwota wpłacona z tytułu składki podstawowej jest niższa od składki podstawowej najwcześniej wymagalnej, wpłacone środki nie podlegają alokowaniu do czasu, gdy wpłaty z tytułu składki podstawowej lub wpłaty z tytułu składki dodatkowej, o których mowa w § 11 ust. 3 OWU, osiągną równowartość składki podstawowej najwcześniej wymagalnej.
3. Środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku podstawowym nie później niż 4. dnia roboczego od dnia zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
4. Ubezpieczający może dokonać nadpłaty składki podstawowej na poczet maksymalnie 12 kolejnych składek, licząc od najbliższej daty wymagalności składki. Kwota nadpłaty jest alokowana jednorazowo w terminie i na zasadach określonych dla składki podstawowej.
5. W przypadku gdy nadpłata:
 - 1) przewyższa równowartość 12 kolejnych składek podstawowych; lub
 - 2) nie jest równa wysokości jednej składki podstawowej lub jej wielokrotności;

wówczas kwota przekraczająca równowartość 12 kolejnych składek podstawowych lub odpowiednio kwota niewystarczająca na pokrycie pełnej składki podstawowej podlega alokowaniu na zasadach dotyczących alokacji składki dodatkowej, a zapisane za nią jednostki uczestnictwa są ewidencjonowane na rachunku dodatkowym.

6. Jeżeli nadpłata zostanie dokonana w taki sposób, że część lub całość nadpłaty zostanie zaliczona na poczet składki podstawowej za okres przypadający po najbliższej rocznicy polisy, to nie będzie możliwe dokonanie indeksacji składki podstawowej za rok polisy, którego dotyczy nadpłata.

§ 11. Składka dodatkowa

1. Ubezpieczający ma prawo wpłacania składki dodatkowej w dowolnej wysokości w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie.
2. Środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku dodatkowym nie później niż 4. dnia roboczego od dnia zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
3. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej:
 - 1) wpłacona przez Ubezpieczającego kwota z tytułu składki dodatkowej zaliczana jest w pierwszej kolejności na poczet zaległej składki podstawowej, a pozostała kwota podlega alokowaniu na zasadach dotyczących alokacji składki dodatkowej – jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego jest wyższa od zaległej składki podstawowej;
 - 2) wpłacona przez Ubezpieczającego kwota z tytułu składki dodatkowej nie podlega alokowaniu do czasu, gdy kwoty wpłacone z tytułu składki dodatkowej wraz z wpłatami z tytułu składki podstawowej osiągną równowartość zaległej składki podstawowej – jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego jest niższa od zaległej składki podstawowej.

§ 12. Zmiana wysokości składki podstawowej

1. Począwszy od 1. rocznicy polisy, Ubezpieczający może podwyższyć wysokość składki podstawowej. Minimalna kwota, o którą może

zostać podwyższona składka podstawowa, określona jest w Tabeli opłat i limitów.

2. Począwszy od 1. rocznicy polisy, Ubezpieczający może obniżyć wysokość składki podstawowej do wysokości składki podstawowej nie niższej niż wskazana w polisie.
3. Zmiana wysokości składki podstawowej nie jest możliwa w okresie, za który została dokonana nadpłata składki.
4. W celu dokonania zmiany wysokości składki podstawowej Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek, nie później niż 30 dni przed terminem, od którego obowiązywać ma zmiana.
5. W każdym roku polisy Towarzystwo może zaproponować indeksację polegającą na podwyższeniu składki podstawowej o wskaźnik ustalony przez Towarzystwo na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług, opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy. Zaproponowana indeksacja będzie wynosić nie mniej niż 4%.
6. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu propozycję indeksacji nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
7. Wpłata przez Ubezpieczającego składki podstawowej w wysokości dotychczasowej, nieuwzględniającej wskaźnika zaproponowanego przez Towarzystwo, oznacza brak zgody Ubezpieczającego na indeksację.
8. Wpłata przez Ubezpieczającego składki podstawowej w wysokości uwzględniającej wskaźnik zaproponowany przez Towarzystwo oznacza zgodę Ubezpieczającego na indeksację składki.

Rozdział VI Opłaty

§ 13. Rodzaje opłat pobieranych przez Towarzystwo

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe – opłata określona procentowo w stosunku do sumy ubezpieczenia obowiązującej do dnia poprzedzającego 6. rocznicę polisy, a od 6. rocznicy polisy ustalana kwotowo na podstawie wieku Ubezpieczonego; pobierana z tytułu świadczenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) opłatę dystrybucyjną – opłata określona procentowo w stosunku do składki podstawowej należnej za okres wskazany w Tabeli opłat i limitów oraz kwotowo, pobierana z tytułu ponoszenia przez Towarzystwo kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (koszty akwizycji), którymi w szczególności są:
 - a) prowizje pośredników ubezpieczeniowych,
 - b) wynagrodzenia z narzutami pracowników zajmujących się akwizycją,
 - c) koszty wystawienia polis,
 - d) koszty włączenia umowy ubezpieczenia do portfela ubezpieczeń,
 - e) koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych,
 - f) koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis;
 - 3) opłatę administracyjną – opłata określona procentowo w stosunku do wartości rachunku oraz kwotowo, pobierana z tytułu bieżącej obsługi i wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 4) opłatę za zarządzanie – opłata określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa funduszy, pobierana z tytułu zarządzania funduszami, które są portfelami modelowymi;
 - 5) opłatę transakcyjną – opłata określona kwotowo, pobierana z tytułu:
 - a) wypłaty części wartości podstawowej polisy,
 - b) wypłaty części wartości dodatkowej polisy,
 - c) realizacji pisemnej dyspozycji konwersji,

- d) realizacji pisemnej dyspozycji zmiany alokacji,
 - e) pisemnego przypomnienia o płatności składki podstawowej,
 - f) udzielenia na wniosek Ubezpieczającego dodatkowych informacji w formie pisemnej: ponownego przekazania listu rocznicowego, informacji o stanie rachunku, potwierdzenia złożonej dyspozycji;
- 6) opłatę transakcyjną z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego – opłata określona procentowo w stosunku do wartości zapisywanych jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego.

2. Towarzystwo nie pobiera opłaty za ryzyko z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ani opłaty za ryzyko z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Towarzystwo pokrywa te opłaty ze środków własnych.
3. Podwyższenie wysokości składki podstawowej do kwoty wyższej niż maksymalna w wariantcie wybranym przez Ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie powoduje zmiany wariantu i wysokości opłat.
4. Wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo określa Tabela opłat i limitów.

§ 14. Zasady pobierania opłat. Postanowienia wspólne

1. Towarzystwo pobiera opłaty poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego lub dodatkowego według cen jednostek obowiązujących w dniu pobrania każdej z opłat.
2. Jeżeli Towarzystwo nie może pobrać opłaty z powodu zbyt niskiej wartości rachunku, opłata ta jest pobierana, gdy wartość rachunku odpowiednio wzrośnie. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jak również w przypadku wypłaty wartości wykupu niepobrane opłaty pobierane są z wartości polisy przed naliczeniem i wypłatą świadczenia.
3. Opłaty pobierane przez Towarzystwo są odpisywane z rachunku podstawowego lub dodatkowego proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy odpowiednio w wartości podstawowej polisy lub w wartości dodatkowej polisy, z wyjątkiem opłaty za zarządzanie i opłaty transakcyjnej z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, które odpisywane są jedynie z tych funduszy, których dana opłata dotyczy.

§ 15. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe

1. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na koniec każdego miesiąca polisy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który opłata jest należna w dniu rozwiązania.

§ 16. Opłata dystrybucyjna

1. Opłata dystrybucyjna określona procentowo pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego, zapisanych za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych, w dniu przeliczenia środków pieniężnych pochodzących ze składki podstawowej na jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w Tabeli opłat i limitów.
2. Opłata dystrybucyjna określona kwotowo pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego, w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed 6. rocznicą polisy z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego lub dożycie przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa, w dniu odpisania jednostek uczestnictwa w celu wypłaty wartości wykupu.

§ 17. Opłata administracyjna

1. Opłata administracyjna określona procentowo pobierana jest z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Opłata administracyjna określona kwotowo pobierana jest z rachunku podstawowego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Opłata administracyjna pobierana jest na koniec każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa, z tym że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę w dniu realizacji dyspozycji wypłaty w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który jest należna.
4. W przypadku konwersji, transferu lub wypłaty części wartości polisy Towarzystwo pobierze część opłaty administracyjnej określonej procentowo za okres do dnia realizacji każdej z wymienionych dyspozycji poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa według cen jednostek obowiązujących w dniu realizacji dyspozycji. Pozostała część tej opłaty pobierana jest na koniec miesiąca polisy, w którym dana czynność została dokonana.
5. W przypadku konwersji lub wypłaty części wartości polisy Towarzystwo pobierze część opłaty administracyjnej określonej kwotowo za okres do dnia realizacji każdej z wymienionych dyspozycji poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa według cen jednostek obowiązujących w dniu realizacji dyspozycji. Pozostała część tej opłaty pobierana jest na koniec miesiąca polisy, w którym dana czynność została dokonana.
6. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty administracyjnej określonej kwotowo o wskaźnik ustalony na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług, opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego.

§ 18. Opłata za zarządzanie

1. Opłata za zarządzanie pobierana jest z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Opłata za zarządzanie pobierana jest na koniec każdego miesiąca polisy, z tym że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę w dniu odpisania jednostek uczestnictwa w celu dokonania wypłaty w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który jest należna.
3. W przypadku konwersji, transferu lub wypłaty części wartości polisy opłata za zarządzanie pobierana jest za okres do dnia realizacji każdej z wymienionych dyspozycji poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa według cen jednostek obowiązujących w dniu realizacji dyspozycji.

§ 19. Opłata transakcyjna

1. Opłata transakcyjna pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z:
 - 1) rachunku, którego dotyczy transakcja – z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, wypłaty części wartości podstawowej polisy, wypłaty części wartości dodatkowej polisy;
 - 2) rachunku podstawowego – z tytułu pisemnego przypomnienia o płatności składki podstawowej, realizacji pisemnej dyspozycji konwersji oraz zmiany alokacji, udzielenia na wniosek Ubezpieczającego dodatkowych informacji w formie pisemnej.
2. Opłata transakcyjna pobierana jest w dniu realizacji dyspozycji, za wykonanie której opłata jest należna.
3. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty transakcyjnej określonej kwotowo o wskaźnik ustalony na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług, opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego.

Rozdział VII Rachunki i alokacja składki

§ 20. Rachunek podstawowy i rachunek dodatkowy

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek podstawowy oraz rachunek dodatkowy, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
2. Składki są alokowane zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego i są przeliczane na jednostki uczestnictwa.

§ 21. Alokacja

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej i dodatkowej. Ubezpieczający może złożyć dla każdej z wyżej wymienionych składek odrębną dyspozycję alokacji.
2. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest uprawniony do zmian dyspozycji alokacji.
3. Alokacja może być określona z dokładnością do jednego procentu, z zastrzeżeniem że udział każdego funduszu nie może być niższy niż 10%.
4. Towarzystwo dokonuje zmiany alokacji zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, nie później niż 3. dnia roboczego od dnia jej złożenia poprzez indywidualne internetowe konto Ubezpieczającego (serwis transakcyjny AXA On-Line) albo nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji w inny sposób.
5. Jeżeli alokowanie całości albo części składki podstawowej lub dodatkowej nie może być zrealizowane, w szczególności z powodu zawieszenia wyceny funduszu lub transakcji na jego jednostkach uczestnictwa, Towarzystwo dokonuje bezpłatnej tymczasowej zmiany dyspozycji alokacji odpowiednio w całości albo w części, zastępując fundusz wybrany przez Ubezpieczającego funduszem o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego.

§ 22. Konwersja

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonywać konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku podstawowego lub rachunku dodatkowego.
2. W celu dokonania konwersji Ubezpieczający składa Towarzystwu dyspozycję konwersji.
3. Przy dokonywaniu konwersji stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji przez Ubezpieczającego poprzez indywidualne internetowe konto Ubezpieczającego (serwis transakcyjny AXA On-Line) albo nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji w inny sposób.

Rozdział VIII Premie

§ 23. Premia refundacyjna

1. W ostatnim dniu 6. roku polisy Towarzystwo przyzna premię refundacyjną, zwiększając wartość podstawową polisy o określony w Tabeli opłat i limitów procent składek podstawowych należnych w 1. roku polisy, o ile spełnione zostaną następujące warunki:
 - 1) umowa ubezpieczenia nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 2) Ubezpieczający nie dokonał wypłaty części wartości podstawowej polisy.
2. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej przyznana premia nie jest zaliczana na poczet zaległych składek podstawowych.

§ 24. Premia lojalnościowa

1. W ostatnim dniu 6. roku polisy Towarzystwo przyzna premię lojalnościową, zwiększając wartość podstawową polisy o określony w Tabeli opłat i limitów procent składek podstawowych należnych

w 1. roku polisy, o ile spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- 1) umowa ubezpieczenia nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 2) Ubezpieczający nie dokonał wypłaty części wartości podstawowej polisy.
2. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej przyznana premia nie jest zaliczana na poczet zaległych składek podstawowych.

Rozdział IX Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

§ 25. Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

1. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem środków pieniężnych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych ponosi Ubezpieczający.
2. W celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek Towarzystwo oferuje Ubezpieczającym ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, różniące się strukturą i kategoriami lokat, a tym samym wynikami inwestycyjnymi i profilem ryzyka.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo jest uprawnione do wprowadzenia do oferty nowych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a także do wycofania z oferty oraz do likwidacji oferowanych funduszy.

§ 26. Zawieszenie wyceny jednostek uczestnictwa

1. Towarzystwo może zawiesić wycenę jednostek uczestnictwa funduszu, jak również transakcje zapisywania i odpisywania jego jednostek, jeżeli nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów funduszu z przyczyn niezależnych od Towarzystwa.
2. W opisanym powyżej przypadku zlecenia skutkujące zapisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, będą odrzucane. Postanowienia § 21 ust. 5 stosuje się odpowiednio.
3. W przypadku opisanym w ust. 1 zlecenia skutkujące odpisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, będą odrzucane, z wyjątkiem poniższych przypadków:
 - 1) w przypadku wypłaty wartości polisy, wartości wykupu oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy Towarzystwo wypłaci część środków pieniężnych pochodzącą z funduszy, których wycena lub transakcje nie zostały zawieszona, a pozostała część zostanie wypłacona niezwłocznie po wznowieniu wyceny lub transakcji bez dodatkowej dyspozycji Ubezpieczającego;
 - 2) w przypadku wypłaty części wartości podstawowej i dodatkowej polisy Towarzystwo zrealizuje zlecenie poprzez proporcjonalne odpisanie jednostek innych funduszy, których wycena lub transakcje nie uległy zawieszeniu.

§ 27. Wycofanie z oferty oraz likwidacja ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

1. W przypadku wycofania funduszu z oferty lub jego likwidacji nie później niż w terminie 60 dni przed datą wycofania lub likwidacji Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach wycofania lub likwidacji funduszu, wyznaczając mu 30-dniowy termin, w którym może złożyć dyspozycję dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu.
2. Terminów wskazanych powyżej nie stosuje się w przypadku likwidacji funduszu związanej z likwidacją lub wykreśleniem z rejestru funduszu inwestycyjnego lub subfunduszu, w który inwestowane jest 100% aktywów danego funduszu. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach likwidacji funduszu bez zbędnej zwłoki, wyznaczając mu odpowiedni, możliwie zbliżony do wskazanego w ust. 1 termin na złożenie dys-

pozycji dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu.

3. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji konwersji jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona konwersji jednostek uczestnictwa tego funduszu na jednostki uczestnictwa funduszu – o zbliżonym, według przekonania Towarzystwa, profilu ryzyka – wskazanego Ubezpieczającemu w zawiadomieniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona zmiany alokacji, określając procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie 30 dni przed dniem wycofania z oferty lub likwidacji funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję konwersji bądź zmiany alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej, która miałaby skutkować zapisaniem jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia złożenia takiej dyspozycji.
6. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie konwersji i zmianę alokacji w przypadkach określonych w niniejszym paragrafie.

Rozdział X Skutki nieregularnego opłacania składek podstawowych

§ 28. Prolongata

1. Prolongata jest to odroczenie zapłaty składki podstawowej.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do 100-dniowego okresu prolongaty, liczonego od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki podstawowej.
3. Jeżeli w ostatnim dniu okresu prolongaty składka podstawowa nie została opłacona, a wartość dodatkowa polisy po uwzględnieniu należnych opłat jest wystarczająca do opłacenia najwcześniejszej wymagalnej składki podstawowej, Towarzystwo zrealizuje automatyczny transfer w celu zapłaty tej składki.

§ 29. Transfer

1. W celu opłacenia składki podstawowej Towarzystwo wykonuje transfery środków z rachunku dodatkowego na rachunek podstawowy.
2. Możliwe są następujące rodzaje transferów:
 - 1) jednorazowy w celu jednorazowego opłacenia składki podstawowej, dokonywany na wniosek Ubezpieczającego;
 - 2) okresowy w celu stałego opłacania składek podstawowych, dokonywany na wniosek Ubezpieczającego;
 - 3) automatyczny w celu opłacenia składki podstawowej najwcześniejszej wymagalnej, dokonywany w ostatnim dniu okresu prolongaty;
 - 4) automatyczny w celu opłacenia składki podstawowej najwcześniejszej wymagalnej, dokonywany po upływie okresu zawieszenia opłacania składki podstawowej.
3. W celu dokonania transferu Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku dodatkowym ze wszystkich funduszy, proporcjonalnie do udziału jednostek uczestnictwa poszczególnych funduszy w wartości dodatkowej polisy, oraz przelicza uzyskane środki pieniężne na jednostki uczestnictwa funduszy wskazanych w dyspozycji alokacji składki podstawowej.
4. W celu realizacji transferu jednorazowego Towarzystwo stosuje ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia dyspozycji przez Ubezpieczającego.

5. W celu realizacji pierwszego transferu okresowego Towarzystwo stosuje ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego, licząc od:
 - 1) dnia wymagalności składki podstawowej pod warunkiem, że dyspozycja została złożona nie później niż na 10 dni roboczych przed dniem wymagalności najbliższej składki podstawowej;
 - 2) dnia akceptacji dyspozycji przez Towarzystwo, w przypadku niezachowania przez Ubezpieczającego terminu, o którym mowa w pkt 1.
6. W celu realizacji drugiego oraz kolejnych transferów okresowych Towarzystwo stosuje ceny obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego, licząc od dnia wymagalności danej składki podstawowej.
7. W celu realizacji transferu automatycznego Towarzystwo stosuje ceny obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego, licząc odpowiednio: od ostatniego dnia prolongaty lub końca okresu zawieszenia opłacania składki podstawowej.
8. Transfer nie zostanie zrealizowany, jeżeli wartość rachunku dodatkowego w dniu realizacji transferu, po uwzględnieniu należnych opłat, będzie niższa niż wysokość składki podstawowej, która ma być opłacona w ramach tego transferu.

§ 30. Postępowanie w razie zaległości w opłaceniu składki podstawowej do 2. rocznicy polisy

1. W przypadku zaległości w opłaceniu składki podstawowej Towarzystwo wzywa Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci zaległych składek podstawowych w terminie, o którym mowa w ust. 1, a wartość dodatka polisy jest niewystarczająca do wykonania automatycznego transferu w celu opłacenia najwcześniejszej wymagalnej składki podstawowej, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu prolongaty.

§ 31. Postępowanie w razie zaległości w opłaceniu składki podstawowej po 2. rocznicy polisy

W przypadku zaległości w opłaceniu składki podstawowej po 2. rocznicy polisy stosuje się postanowienia § 32 i § 33.

§ 32. Zawieszenie opłacania składki podstawowej

1. W okresie od 2. do 6. rocznicy polisy możliwe jest jednokrotne zawieszenie opłacania składki podstawowej, o ile opłacone zostały wszystkie składki podstawowe należne w pierwszych dwóch latach polisy. Zawieszenie opłacania składki podstawowej trwa 6 miesięcy polisy.
2. Zawieszenie opłacania składki podstawowej po 6. rocznicy polisy nie jest możliwe.
3. Zawieszenie opłacania składki podstawowej może nastąpić:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego złożony przed upływem okresu prolongaty; lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty; w takim wypadku okres prolongaty wlicza się do okresu zawieszenia opłacania składki, a Ubezpieczający nie ma obowiązku opłacenia składek wymagalnych za okres prolongaty.
4. We wniosku o zawieszenie opłacania składki podstawowej Ubezpieczający powinien wskazać początek okresu zawieszenia, przypadający w dacie wymagalności składki podstawowej. W przeciwnym razie zawieszenie opłacania składki podstawowej nastąpi od daty wymagalności pierwszej zaległej składki podstawowej.
5. W okresie zawieszenia opłacania składki podstawowej Ubezpieczający może dokonywać wpłat wyłącznie z tytułu składki dodatkowej. Wszelkie wpłaty dokonane w tym okresie na rachunek przeznaczony do opłacania składki podstawowej podlegają alokowaniu na zasadach dotyczących alokacji składki dodatkowej, a zapisane za nią jednostki uczestnictwa są ewidencjonowane na rachunku dodatkowym.
6. W okresie zawieszenia opłacania składki podstawowej ochrona ubezpieczeniowa nie ulega zmianie.

7. Wznowienie opłacania składki podstawowej następuje z dniem wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia opłacania składki podstawowej.
8. Po upływie okresu zawieszenia opłacania składki podstawowej Towarzystwo dokonuje automatycznego transferu środków z rachunku dodatkowego na rachunek podstawowy w celu opłacenia najbliższej składki podstawowej, jeśli na rachunku dodatkowym znajdują się wystarczające środki.

§ 33. Ubezpieczenie bezskładkowe

1. W przypadku gdy opłacanie składki podstawowej zostało zawieszono jednokrotnie w okresie od 2. do 6. rocznicy polisy, umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Począwszy od 6. rocznicy polisy, umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe bez konieczności spełnienia powyższego warunku.
3. Przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe skutkuje utratą prawa do otrzymania premii refundacyjnej oraz premii lojalnościowej zgodnie z § 23 oraz § 24.
4. Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego złożony przed upływem okresu prolongaty; lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty; w takim wypadku okres prolongaty wlicza się do okresu ubezpieczenia bezskładkowego, a Ubezpieczający nie ma obowiązku opłacenia składek wymagalnych za okres prolongaty.
5. We wniosku o przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający powinien wskazać początek okresu bezskładkowego, przypadający w dacie wymagalności składki podstawowej. W przeciwnym razie przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe nastąpi od daty wymagalności pierwszej zaległej składki podstawowej.
6. Po przekształceniu umowy w ubezpieczenie bezskładkowe ochrona ubezpieczeniowa nie ulega zmianie, a Ubezpieczający może dokonywać wpłat wyłącznie z tytułu składki dodatkowej i nie ma możliwości wznowienia opłacania składek podstawowych.

Rozdział XI Świadczenia o charakterze inwestycyjnym

§ 34. Rodzaje świadczeń

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może na swój wniosek otrzymywać następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) wypłata części wartości podstawowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej;
 - 2) wypłata części wartości dodatkowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej;
 - 3) wypłata wartości dodatkowej polisy.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego lub dożycie przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca wartość wykupu.
3. W celu realizacji wypłaty Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wypłaty oraz przedłożyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
4. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku proporcjonalnie do udziału jednostek uczestnictwa w wartości podstawowej lub wartości dodatkowej polisy, chyba że we wniosku o dokonanie wypłaty Ubezpieczający wskaże fundusze, których jednostki uczestnictwa podlegają odpisananiu.

§ 35. Wypłata części wartości podstawowej polisy

1. Ubezpieczający może dokonywać wypłat części wartości podstawowej polisy, z zachowaniem poniższych warunków:
 - 1) wypłata jednorazowa możliwa jest w dowolnym momencie obowiązywania umowy;
 - 2) wypłaty okresowe możliwe są od 6. rocznicy polisy.
2. Dokonanie wypłaty części wartości podstawowej polisy skutkuje utratą prawa do otrzymania premii refundacyjnej i premii lojalnościowej, zgodnie z § 23 oraz § 24.
3. Dyspozycja wypłaty części wartości podstawowej polisy skutkująca obniżeniem wartości podstawowej polisy poniżej wysokości opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo jest równoznaczna ze złożeniem dyspozycji wypłaty wartości wykupu.
4. Towarzystwo odmówi realizacji wypłaty części wartości podstawowej polisy oraz zaprzestanie dokonywania kolejnych wypłat okresowych, jeżeli wartość podstawowa polisy pomniejszona o wartość jednostek uczestnictwa przeznaczonych do odpisania pomniejszona o należne opłaty byłaby równa zero.
5. W przypadku gdy Ubezpieczający składa kolejną dyspozycję wypłat okresowych dotyczącą tego samego rachunku, uznaje się, że nowa dyspozycja zastępuje dyspozycje wcześniejsze.
6. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.
7. Towarzystwo dokonuje wypłaty jednorazowej w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.
8. Towarzystwo dokonuje wypłat okresowych w terminach wskazanych w dyspozycji Ubezpieczającego, pod warunkiem że data realizacji pierwszej dyspozycji przypada nie wcześniej niż 14. dnia roboczego od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.

§ 36. Wypłata wartości dodatkowej polisy lub jej części

1. W dowolnym momencie obowiązywania umowy Ubezpieczający może dokonywać wypłat wartości dodatkowej polisy lub jej części.
2. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku dodatkowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokonuje wypłaty jednorazowej w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.
4. Towarzystwo dokonuje wypłat okresowych w terminach wskazanych w dyspozycji Ubezpieczającego, pod warunkiem że data realizacji pierwszej dyspozycji przypada nie wcześniej niż 14. dnia roboczego od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.

§ 37. Wypłata wartości wykupu

1. Wypłata wartości wykupu jest dokonywana w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego lub dożycie przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.
2. Wartość wykupu stanowi wartość podstawowa polisy pomniejszona o opłaty pobierane przez Towarzystwo. Dodatkowo wraz z wypłatą wartości wykupu Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości dodatkowej polisy.
3. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego i z rachunku dodatkowego.
4. Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.

Rozdział XII Świadczenia o charakterze ochronnym

§ 38. Rodzaje świadczeń ochronnych

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazana jest w Tabeli opłat i limitów.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi suma ubezpieczenia powiększona o wartość polisy.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi równowartość składek podstawowych należnych w 1. roku polisy.
4. Świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi równowartość składek podstawowych należnych w 1. roku polisy.
5. Świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, stanowi wartość polisy.

§ 39. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń ochronnych

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest na rzecz Uposażonych w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z Ubezpieczonym albo jeżeli Uposażony utracił prawo do świadczenia, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów określonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego w równych częściach,
 - 3) wnuki Ubezpieczonego w równych częściach,
 - 4) rodzice Ubezpieczonego w równych częściach,
 - 5) rodzeństwo Ubezpieczonego w równych częściach,
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem lub zaniechaniem przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku prawa do tej części świadczenia przypadają innym osobom, na zasadach określonych w ust. 2.
5. Świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu, o ile niezdolność do pracy zarobkowej trwała nieprzerwanie 12 miesięcy. W przypadku gdy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej będzie trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy, świadczenie może zostać przyznane przed upływem tego terminu, jednak nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy trwającej nieprzerwanie niezdolności do pracy zarobkowej.
6. Świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia – w razie, gdy Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu – wypłacane jest na rzecz Ubezpieczonego.

§ 40. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek samobójstwa, popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci na rzecz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia wyłącznie wartość polisy.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczę-

śliwy wypadek będący przyczyną śmierci lub niezdolności do pracy zarobkowej jest 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.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, nie zostaną wypłacone także wówczas, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci lub niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych.
4. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone wówczas, gdy niezdolność do pracy zarobkowej spowodowana została uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 41. Wypłata świadczeń ochronnych

1. W celu ustalenia wysokości świadczenia wartość polisy jest ustalana:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – na podstawie wartości jednostek uczestnictwa przypadającej nie później niż 5. dnia roboczego po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentem potwierdzającym śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia – na podstawie wartości jednostek uczestnictwa obowiązującej w ostatnim dniu okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl. Dokumenty powinny być przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonych przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumenty urzędowe sporządzone w języku obcym przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone za zgodność z prawem miejsca ich wystawienia i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Towarzystwo dokonuje jednorazowej wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 3.

Rozdział XIII Postanowienia końcowe

§ 42. Oświadczenia

1. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. W przypadku doręczenia Towarzystwu kolejnej dyspozycji przed upływem terminu na wykonanie poprzedniej dyspozycji określony w OWU termin realizacji kolejnej dyspozycji ulega wydłużeniu i jest liczony, począwszy od dnia, w którym upłynął termin realizacji poprzedniej dyspozycji.

§ 43. Skargi i zażalenia, właściwość sądów, prawo właściwe

1. Skargi i zażalenia należy kierować do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie, telefonicznie lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji udostępnionych przez Towarzystwo. Skargi i zażalenia powinny zawierać dane umożliwiający identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie skargi lub zażalenia stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z tą osobą.
5. Niezależnie od trybu określonego w niniejszym paragrafie organem uprawnionym do rozpatrywania skarg i zażaleń na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych, Komisja Nadzoru Finansowego, jak również miejski i powiatowy Rzecznik Konsumentów.
6. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

§ 44. 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. 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.
2. 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.

§ 45. Definicje

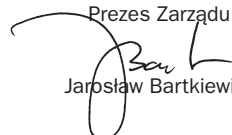
Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **alokacja** – ustalony przez Ubezpieczającego procentowy podział składki podstawowej lub składki dodatkowej pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe;
- 2) **alokowanie** – zapisanie jednostek uczestnictwa na odpowiednim rachunku Ubezpieczającego;
- 3) **AXA On-Line** – usługa dostępu do indywidualnego konta Ubezpieczającego świadczona przez Towarzystwo za pośrednictwem sieci Internet;

- 4) **dzień roboczy** – dzień inny niż: sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy;
- 5) **fundusz zagraniczny** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o całkowitej alokacji aktywów w fundusz inwestycyjny, którego tytuły uczestnictwa nie są notowane w walucie obowiązującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) **jednostka uczestnictwa** – część ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiąca proporcjonalny udział w aktywach tego funduszu;
- 7) **konwersja** – przeniesienie środków z wybranego wcześniej przez Ubezpieczającego funduszu do innego funduszu;
- 8) **list rocznicowy** – wysyłana Ubezpieczającemu raz w roku informacja o wysokości przysługujących mu świadczeń, w tym o wartości wykupu;
- 9) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu tego miesiąca (np. jeżeli pierwszy miesiąc polisy rozpoczyna się 31 maja, początkiem kolejnego miesiąca polisy jest 30 czerwca);
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, z wyjątkiem zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, jak również następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia Ubezpieczonego;
- 11) **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie lub niezdolność do wykonywania czynności życia codziennego, trwające nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy;
- 12) **niezdolność do wykonywania czynności życia codziennego** – niezdolność do samodzielnego (bez pomocy innej osoby) wykonywania co najmniej 3 z 6 następujących czynności:
 - **kąpiel** – zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem (włączając wchodzenie do wanny lub prysznicza i wychodzenie z wanny lub spod prysznicza), umożliwiającą utrzymywanie zadowalającego poziomu higieny,
 - **ubieranie się** – zdolność do ubrania się, rozebrania się, wiązania (zapinania) oraz rozwiązywania (rozpinania) elementów ubrania, zdolność do zakładania protez,
 - **przemieszczanie się** – zdolność do przemieszczania się z łóżka na wózek inwalidzki oraz z wózka inwalidzkiego na łóżko, oraz zdolność do korzystania z toalety lub umywalki,
 - **mobilność** – zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni,
 - **kontrolowanie czynności fizjologicznych** – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy zachowaniu zadowalającego poziomu higieny osobistej,
 - **spożywanie przygotowanych posiłków**;
- 13) **początek niezdolności do pracy zarobkowej** – data, w której zgodnie z dokumentacją i wiedzą medyczną rozpoczęła się niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
- 14) **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 15) **portfel modelowy** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, którego aktywa inwestowane są w fundusze inwestycyjne wybrane przez Towarzystwo;
- 16) **rachunek** – odpowiednio rachunek podstawowy lub rachunek dodatkowy;
- 17) **rachunek dodatkowy** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych;
- 18) **rachunek podstawowy** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych;
- 19) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony (np. jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta 29 lutego, w niektórych latach rocznica polisy przypadnie 28 lutego);
- 20) **rok polisy** – 12-miesięczny okres pomiędzy rocznicami polisy, przy czym pierwszy rok polisy rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy;
- 21) **składka dodatkowa** – składka nieobowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 22) **składka podstawowa** – składka obowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 23) **sporty wysokiego ryzyka** – 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, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda 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;
- 24) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 25) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca integralną część OWU, określająca opłaty i limity finansowe w ramach umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie niniejszych OWU;
- 26) **transfer** – odpisanie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego z rachunku dodatkowego w celu uzyskania środków pieniężnych na pokrycie składki podstawowej;
- 27) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** lub **fundusz** – wydzielony fundusz aktywów inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia;
- 28) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 29) **wartość dodatkowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku dodatkowym;
- 30) **wartość podstawowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku podstawowym;
- 31) **wartość polisy** – suma wartości podstawowej polisy i wartości dodatkowej polisy.

§ 46. Obowiązki OWU

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie Plan Inwestycyjny Nowy Selekt 6 zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/04/09/2014 z dnia 4 września 2014 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 8 września 2014 r.

Prezes Zarządu

 Jarosław Bartkiewicz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

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 102 miliony Klientów w 56 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