

ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia **Plan Elastyczny**

**indywidualne
ubezpieczenie na życie
z ubezpieczeniowymi
funduszami kapitałowymi**

więcej / niż standard



Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny



Czym jest Plan Elastyczny

Cel i charakter umowy

Plan Elastyczny jest umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK). Ubezpieczenie ma charakter ochronno-inwestycyjny.

Służy zabezpieczeniu finansowemu wskazanych przez Ubezpieczonego osób na wypadek jego śmierci oraz daje możliwość rozszerzenia zakresu na wypadek pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego zarówno z powodu chorób, jak i nieszczęśliwych wypadków.

Plan Elastyczny umożliwia również długoterminowe inwestowanie poprzez dokonywanie regularnych wpłat składek podstawowych na UFK o różnych profilach ryzyka, dających dostęp do inwestycji polskich i międzynarodowych. UFK można dobierać w ramach wybranej przez siebie strategii inwestycyjnej samodzielnie lub można powierzyć dobór funduszy specjalistom, wybierając tzw. portfele modelowe. Lista UFK udostępnionych w ramach Planu Elastycznego zawarta jest w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz na stronie internetowej: www.axa.pl



Dla kogo przeznaczony jest Plan Elastyczny

Rekomendowany minimalny okres trwania umowy

Plan Elastyczny jest umową na czas nieokreślony i o charakterze długoterminowym, przeznaczoną dla osób, które mają potrzebę posiadania zabezpieczenia finansowego Uposażonych na wypadek śmierci Ubezpieczonego lub pogorszenia stanu jego zdrowia. Jednocześnie Plan Elastyczny jest odpowiedni dla osób, które zamierzają gromadzić pieniądze na realizację długoterminowych celów poprzez systematyczne i regularne dokonywanie wpłat składek. Każdy Ubezpieczający powinien indywidualnie określić okres, w jakim jest mu potrzebne zabezpieczenie finansowe w wybranym przez siebie zakresie. Zalecany okres obowiązywania umowy Planu Elastycznego wynosi minimum 10 lat. Długoterminowy charakter umowy wynika również ze specyfiki inwestowania: im dłuższy horyzont inwestycyjny, tym większa szansa na osiągnięcie założonego celu inwestycyjnego.



Na co trzeba zwrócić uwagę, wybierając Plan Elastyczny

Wybierając Plan Elastyczny, Ubezpieczający powinien wnikliwie przeanalizować swoje potrzeby zabezpieczenia finansowego i adekwatnie do nich dobrać zakres ubezpieczenia, wysokości świadczeń i okres, w jakim to zabezpieczenie powinno obowiązywać.

Ubezpieczający ma możliwość samodzielnego określenia swojej strategii inwestycyjnej, czyli wyboru spośród UFK oferowanych przez AXA, lub może korzystać z oferty tzw. portfeli modelowych zarządzanych przez specjalistów AXA TFI. Podejmując decyzję o zakupie Planu Elastycznego, należy więc wziąć pod uwagę swoje doświadczenie w inwestowaniu oraz swoją skłonność do ryzyka. AXA nie gwarantuje realizacji założonego celu ani uzyskania określonego wyniku inwestycyjnego. Ubezpieczający powinien też liczyć się z ryzykiem uzyskania wyników inwestycyjnych gorszych niż spodziewane, a nawet poniesienia strat.

W związku z tym, zarówno przed podjęciem decyzji o wyborze UFK, jak i przy podejmowaniu decyzji inwestycyjnych w trakcie trwania umowy, należy zapoznać się ze szczegółowymi informacjami na temat UFK, w tym z profilem ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Profile ryzyka prezentowane są w Wykazach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Profile ryzyka inwestycyjnego UFK są zmienne w czasie. Aktualne informacje na ten temat podane są na Kartach funduszy oraz w Kluczowych Informacjach dla Inwestorów (KIID) zamieszczonych na stronie internetowej: www.axa.pl

Wybierając Plan Elastyczny, należy również zwrócić uwagę na opłaty związane z inwestowaniem oraz opłaty za udzielaną ochronę ubezpieczeniową. Niektóre opłaty będą pobierane regularnie, inne przy wykonaniu konkretnej operacji. Rodzaje i wysokość opłat zostały wskazane w Tabeli opłat i limitów, a poglądowo opisane również w niniejszym dokumencie, w sekcji dotyczącej opłat.

Plan Elastyczny ma charakter długoterminowy, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi minimum 10 lat. Ubezpieczenie nie powinno być wybierane przez osoby, które mają w planach odkładanie pieniędzy przez krótszy czas.



Jakie dokumenty otrzyma Ubezpieczający po złożeniu wniosku o zawarcie umowy

AXA potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie polisy. Polisa wskazuje między innymi terminy opłacania składki, jej wysokość, świadczenia ubezpieczeniowe i datę zawarcia umowy. Polisa jest ważnym dokumentem, dlatego też należy uważnie zapoznać się ze wszystkimi jej zapisami.

Raz w roku AXA będzie przysyłać Ubezpieczającemu list rocznicowy, określający między innymi sumę ubezpieczenia, wartość podstawową i dodatkową polisy oraz wartość wykupu.

List rocznicowy jest przysyłany na konto w ramach serwisu transakcyjnego AXA On-Line, listownie lub w inny sposób, na który Ubezpieczający wyraził zgodę.



Jakie opłaty są pobierane w Planie Elastycznym

Posiadanie Planu Elastycznego wiąże się z ponoszeniem opłat. Rodzaje opłat zostały opisane poglądowo w poniższej tabeli, a szczegółowo zostały opisane w Tabeli opłat i limitów i OWU. Ważne jest, aby zapoznać się ze wszystkimi tymi dokumentami przed podpisaniem umowy.

| Rodzaj opłaty | Rachunek podstawowy do obowiązkowych składek podstawowych | Rachunek dodatkowy do dobrowolnych składek dodatkowych inwestycyjnych |
|---|---|---|
| Opłata dystrybucyjna określona procentowo – z tytułu ponoszenia przez AXA kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia | tak zależna od roku polisy, wysokości składki podstawowej oraz wieku Ubezpieczonego, od 5% do 90% składki podstawowej | nie |
| Opłata administracyjna określona procentowo – z tytułu bieżącej obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia | tak zależna od roku polisy, od 0,5% do 1% w skali roku | nie |
| Opłata administracyjna określona kwotowo – z tytułu bieżącej obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia | tak 12,18 zł miesięcznie z możliwością indeksacji o wskaźnik inflacji | nie |
| Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe – z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej | tak standardowa wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko zależna jest od wieku Ubezpieczonego, od 0,13 zł do 295,50 zł za każde 10 000 zł kwoty na ryzyku kwotą na ryzyku jest różnica pomiędzy aktualną sumą ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej a aktualną wartością podstawową polisy. | nie |

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny

| Rodzaj opłaty | Rachunek podstawowy do obowiązkowych składek podstawowych | Rachunek dodatkowy do dobrowolnych składek dodatkowych inwestycyjnych |
|--|---|---|
| Opłata za zarządzanie pobierana przez AXA Życie TU S.A. – z tytułu zarządzania funduszami będącymi portfelami modelowymi | tak | |
| | dotyczy jedynie portfeli modelowych, zależna od wybranego portfela modelowego, od 0,1% do 0,5% w skali roku | |
| Opłata transakcyjna – w szczególnych przypadkach określonych w Tabeli opłat i limitów – z tytułu realizacji dyspozycji zleczanych przez Ubezpieczającego | tak | |
| | zależna od rodzaju transakcji | |
| Opłata dystrybucyjna określona kwotowo – w przypadku rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – z tytułu ponoszenia przez AXA kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia | tak | nie |
| | 250 zł | |

Stan z 21.05.2017 r.



Jak ustalić warunki ubezpieczenia i swoją strategię inwestycyjną

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ustalenie zakresu i okresu ubezpieczenia oraz wysokości potrzebnych świadczeń jest kluczowe dla zrealizowania podstawowego celu ubezpieczenia, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego w przypadku zdarzeń losowych związanych z życiem i zdrowiem Ubezpieczonego. Trzeba przy tym wziąć pod uwagę:

- wysokość dochodów uzyskiwanych przez Ubezpieczonego i ew. innych członków jego rodziny,
- wartość innych składników majątku posiadanego przez Ubezpieczonego,
- wysokość zobowiązań finansowych, które bez względu na zmianę okoliczności będą musiały znaleźć swoje źródło finansowania (np. comiesięczne rachunki, spłaty kredytów itp.),
- wysokość szacowanych nowych wydatków, które pojawią się w konsekwencji pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- inne czynniki wpływające na skalę potrzeb i prawdopodobieństwo pojawienia się ich w przyszłości, takie jak wykonywany zawód, styl życia, hobby, charakter wykonywanej pracy – umowa o pracę, działalność gospodarcza, wolny zawód itp.

Optymalne ustalenie warunków ubezpieczenia powinno przewidywać wysokość świadczenia zapewniającego sfinansowanie zidentyfikowanych potrzeb po śmierci Ubezpieczonego, przy obniżonym w związku z tym dochodzie, które nie mogą być sfinansowane z dochodu innych członków rodziny ani innych składników majątkowych. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń z tego tytułu powinny zapewniać sfinansowanie nowych potrzeb, takich jak koszty leczenia czy rehabilitacji, na które zabraknie środków w domowym budżecie.

STRATEGIA INWESTYCYJNA



Ubezpieczający inwestuje środki pochodzące ze składek na własne ryzyko, dlatego też wybór strategii inwestycyjnej powinien być świadomą i dobrze przemyślaną decyzją. 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 odpowiednie ze względu na profil ryzyka i profil inwestycyjny Ubezpieczającego pomocne są graficzne oznaczenia profilu ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Profile ryzyka prezentowane są w Wykazach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Profile ryzyka inwestycyjnego UFK są zmienne w czasie. Aktualne informacje na ten temat podane są na Kartach funduszy oraz w Kluczowych Informacjach dla Inwestorów (KIID) zamieszczonych na stronie internetowej: www.axa.pl.



Ubezpieczający może zmieniać swoją strategię inwestycyjną przez zmianę wybranych uprzednio UFK (zmiana alokacji) lub przez przenoszenie środków pomiędzy UFK (konwersja) w trakcie trwania umowy.



Osoby, które nie mają doświadczenia w samodzielnym inwestowaniu, mogą wybrać tzw. portfele modelowe, zarządzane przez specjalistów od zarządzania funduszami z AXA TFI. Należy przy tym pamiętać, że portfele modelowe różnią się od siebie poziomem ryzyka, przykładowo: AXA – Portfel Akcji inwestuje przede wszystkim w fundusze akcyjne i charakteryzuje się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego, podczas gdy AXA – Portfel Bezpieczny, o umiarkowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego, inwestuje głównie w fundusze dłużne i rynku pieniężnego.



Od czego zależy wielkość gromadzonego kapitału

Wielkość gromadzonego kapitału zależy przede wszystkim od wybranej przez Ubezpieczającego wysokości wpłacanych składek podstawowych oraz sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, wieku Ubezpieczonego oraz wybranej strategii inwestycyjnej. Skuteczność realizacji wybranej strategii zależy natomiast 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 inwestycyjną w dowolnej wysokości.



Czy jest możliwość dysponowania środkami w czasie trwania umowy

Tak, jednak bez ograniczeń można dysponować tylko pieniędzmi gromadzonymi na rachunku dodatkowym. Z rachunku dodatkowego Ubezpieczający może w każdym czasie dokonywać jednorazowych wypłat, które wiążą się z pobraniem opłat transakcyjnych wskazanych w Tabeli opłat i limitów.

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Elastyczny

Dysponowanie środkami gromadzonymi na rachunku podstawowym jest natomiast ograniczone. W przypadku wypłacenia wszystkich środków przed upływem minimalnego rekomendowanego czasu trwania umowy (10 lat) Ubezpieczający utraci część zgromadzonego kapitału w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo w wysokości 250 zł.

Częściowa wypłata środków z rachunku podstawowego, bez rozwiązywania umowy, możliwa jest od początku trwania umowy. Taka wypłata może powodować obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.



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 Ubezpieczającemu przysługuje prawo do prolongaty terminu ich płatności, wynoszącej 3 miesiące. Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składek w okresie prolongaty, następuje automatyczne zawieszenie opłacania składek, powodujące rozwiązanie umów dodatkowych, rozszerzających zakres ubezpieczenia. Jeżeli na rachunku polisy zabraknie środków na pokrycie wymaganych opłat, umowa ulegnie rozwiązaniu. W przypadku zawieszenia opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowych nie jest udzielana.

Prawo do kolejnego zawieszenia opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego przysługuje, o ile od daty ostatniego wznowienia opłacania składek po zawieszeniu na wniosek Ubezpieczającego upłynęło co najmniej 12 miesięcy.



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 w tym trybie wiąże się ze zwrotem wpłaconej składki, a w przypadku gdy składki te zostały już zaalokowane, Ubezpieczający otrzyma wartość polisy powiększoną o kwotę pobranych opłat dystrybucyjnych określonych procentowo. W takim wypadku od wypłaty środków AXA nie pobiera opłaty dystrybucyjnej określonej kwotowo (250 zł).

Prawo do odstąpienia od umowy przysługuje Ubezpieczającemu również w terminie 60 dni od otrzymania pierwszego listu rocznicowego. W takim przypadku AXA wypłaca Ubezpieczającemu wartość polisy.

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 – w przypadku rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – o opłatę dystrybucyjną określoną kwotowo (250 zł). W przypadku wypowiedzenia umowy AXA nie zwróci pobranych opłat dystrybucyjnych określonych procentowo. Plan Elastyczny to umowa ubezpieczenia o charakterze długoterminowym, dlatego nie należy pochopnie podejmować decyzji o jej wypowiedzeniu.



Jakie świadczenia zapewnia Plan Elastyczny

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE OCHRONNYM

W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości wyższej z wartości: sumy ubezpieczenia powiększonej o wartość dodatkową polisy lub wartości podstawowej polisy powiększonej o wartość dodatkową. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia poprzez zawarcie umów dodatkowych, dodatkowo wypłacane są świadczenia na warunkach i w wysokości wynikających z postanowień tych umów dodatkowych.

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE INWESTYCYJNYM

Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

Ubezpieczającemu przysługują następujące rodzaje świadczeń o charakterze inwestycyjnym:

- wypłata wartości dodatkowej polisy,
- wypłata części wartości dodatkowej polisy,
- wypłata części wartości podstawowej polisy.

Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

W przypadku rozwiązania umowy podstawowej z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego AXA dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wartość wykupu stanowi całość środków zgromadzonych na rachunkach podstawowym i dodatkowym, pomniejszona – w razie rozwiązania umowy od 2. do upływu 10. roku polisy – o opłatę dystrybucyjną określoną kwotowo (250 zł).



Jakie operacje można wykonać za pośrednictwem serwisu AXA On-Line

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

Za pośrednictwem serwisu AXA On-Line możliwe jest:

- składanie dyspozycji zmiany alokacji składek podstawowych i dodatkowych inwestycyjnych,
- składanie dyspozycji konwersji,
- obserwowanie bieżącej wartości zgromadzonych środków oraz historii inwestycji (daty i szczegóły zmian, transakcji, zleceń itd.),
- uzyskanie wglądu w swoje dane osobowe,
- 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:

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



TELEFONICZNIE:

22 555 00 00*
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.

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 indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny – indeks PE/16/01/01

| Rodzaj informacji | Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy |
|---|--|
| Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 2 § 31 ust. 1 i ust. 6–7 § 32 ust. 1 |
| Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | § 4 ust. 3 § 21 ust. 5 pkt 3 |
| Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | § 31 ust. 3 § 33 § 34 § 40 TOiL pkt 3–10 |
| Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | § 32 ust. 2–4 § 33 § 34 TOiL pkt 3–10 |

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny

Indeks PE/16/01/01

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1 OWU

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny („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, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów;
 - 2) Załącznik nr 2 – Regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
 - 3) Załącznik nr 3 – Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rozdział II Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych:
 - 1) jednocześnie z umową podstawową lub
 - 2) począwszy od pierwszej rocznicy polisy – w terminach wymagalności składki regularnej.

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

§ 3 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa podstawowa jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa podstawowa jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego składanego przez Ubezpieczającego i jego akceptacji przez Towarzystwo.
3. Przed zawarciem umowy podstawowej, w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez Ubezpieczającego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawił dokumentację medyczną potwierdzającą stan jego zdrowia lub poddał się na koszt Towarzystwa badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych.
4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może:
 - 1) podjąć decyzję o zawarciu umowy podstawowej na warunkach określonych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU albo
 - 2) odmówić zawarcia umowy podstawowej, albo
 - 3) zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy podstawowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWU.

§ 4 Skutki podania nieprawdziwych informacji

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku o zawarcie umowy podstawowej albo przed zawarciem umowy

podstawowej w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę podstawową przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy podstawowej mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązek określone w niniejszym paragrafie spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.
3. 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 podstawowej, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.
4. Powyższe postanowienia stosuje się odpowiednio przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim suma ubezpieczenia została podwyższona.

§ 5 Okres ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z datą zawarcia umowy podstawowej wskazanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki regularnej w wymaganej wysokości.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej.

§ 6 Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy podstawowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie:
 - 1) 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy podstawowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie;
 - 2) 60 dni od dnia otrzymania pierwszego listu rocznicowego.Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

2. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej w trybie opisanym w § 6 ust. 1 pkt 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową oraz składkę dodatkową inwestycyjną. 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. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej w trybie opisanym w § 6 ust. 1 pkt 2) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wartość polisy. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej w dniu otrzymania informacji o odstąpieniu.
4. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 7 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia umowy podstawowej przez Ubezpieczającego;

- 3) zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, nie opłacił zaległych składek regularnych należnych w pierwszych 2. latach polisy w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę podstawową poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu, w formie pisemnej. Złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Ponadto umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z dniem, w którym wartość podstawowa polisy nie wystarcza na pokrycie opłaty administracyjnej określonej kwotowo i opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe, chyba że ta sytuacja zaistniała przed 10. rocznicą polisy, a Ubezpieczający w tym czasie:
 - 1) nie korzystał z prawa do zawieszenia opłacania składki regularnej ani
 - 2) nie dokonywał wypłat części wartości podstawowej polisy;
 w takim przypadku umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy.

Rozdział IV

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 8 Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

1. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
2. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacać składkę podstawową oraz składki dodatkowe ochronne – w przypadku zawarcia umów dodatkowych, co stanowi główne świadczenie Ubezpieczającego;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do:
 - 1) zawarcia umów dodatkowych zgodnie z § 2 ust. 3;
 - 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6;
 - 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 2;
 - 4) zmiany sumy ubezpieczenia zgodnie z § 12;
 - 5) opłacania składki dodatkowej inwestycyjnej zgodnie z § 17;
 - 6) indeksacji składki regularnej zgodnie z § 18;
 - 7) zmiany składki podstawowej zgodnie z § 20;
 - 8) zawieszenia i wznowienia opłacania składki regularnej zgodnie z § 21;
 - 9) składania dyspozycji alokacji zgodnie z § 23;
 - 10) składania dyspozycji konwersji zgodnie z § 24;
 - 11) dokonywania wypłaty wartości dodatkowej polisy, jej części lub wypłaty części wartości podstawowej polisy zgodnie z § 31;
 - 12) wypłaty wartości wykupu zgodnie z § 32;
 - 13) składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 37.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, wszelkie prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

§ 9 Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 13. rok życia i nie ukończyła 61. 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 procentowych udziałów Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowych udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.

§ 10 Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczeń ochronnych i inwestycyjnych zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia, co stanowi główne świadczenie Towarzystwa;

- 2) prowadzenia rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego i alokowania składek podstawowych oraz dodatkowych inwestycyjnych 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 umowy ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział V

Suma ubezpieczenia

§ 11 Wysokość sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2–3, stanowi kwota wskazana w polisie.
2. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie prolongaty stanowi kwota wskazana w polisie pomniejszona o składkę dodatkową ochronną, należną za okres od pierwszego dnia okresu prolongaty do ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, nie mniejsza jednak niż minimalna suma ubezpieczenia wskazana w TOiL.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi wartość polisy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest następstwem:
 - 1) 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;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy podstawowej.
4. Minimalna wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w TOiL.

§ 12 Podwyższenie i obniżenie sumy ubezpieczenia

1. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwa, począwszy od 1. rocznicy polisy, w każdym terminie wymagalności składki podstawowej.
2. Towarzystwo odmówi podwyższenia sumy ubezpieczenia, jeżeli ta zmiana spowoduje podwyższenie składki podstawowej w 2. roku polisy.
3. Towarzystwo odmówi obniżenia sumy ubezpieczenia, jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia wnioskowana przez Ubezpieczającego będzie niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia określonej w TOiL.
4. W celu dokonania zmiany Ubezpieczający powinien złożyć Towarzystwu wniosek co najmniej na 21 dni roboczych przed terminem wymagalności składki podstawowej, od którego ma obowiązywać zmiana sumy ubezpieczenia.
5. Podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwe pod warunkiem uzyskania pozytywnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W tym celu Towarzystwo może żądać od Ubezpieczającego przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego lub
 - 2) przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego, lub
 - 3) poddania się przez Ubezpieczonego badaniu medycznemu, o którym mowa w § 3 ust. 3.
6. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania innej wysokości sumy ubezpieczenia albo
 - 2) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
7. Towarzystwo określa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki podstawowej w dokumencie potwierdzającym zgodę Towarzystwa na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo w propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę.
8. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 10 dni roboczych od dnia doręczenia propozycji, o której mowa w ust. 7, nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie jej przyjęcia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki podstawowej zaproponowane przez Towarzystwo.
9. W okresie zawieszenia opłacania składki regularnej Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia.

Rozdział VI**Składki z tytułu umowy ubezpieczenia****§ 13 Składka podstawowa**

1. Ubezpieczający może opłacać składkę podstawową z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
2. Wysokość składki podstawowej ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
3. Składka podstawowa powinna być wpłacona na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości i w terminach określonych w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia. W razie zaległości w opłaceniu składki podstawowej Towarzystwo zalicza otrzymaną wpłatę z tytułu składki podstawowej w pierwszej kolejności na poczet zaległej składki najwcześniej wymagalnej.
4. Środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku podstawowym nie później niż 4. dnia roboczego po dniu zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
5. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w TOiL.

§ 14 Składka dodatkowa ochronna

1. W przypadku zawarcia umów dodatkowych Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek dodatkowych ochronnych.
2. Składka dodatkowa ochronna płatna jest jednocześnie ze składką podstawową w terminach wymagalności składki podstawowej, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 15 Prolongata zapłaty składki regularnej

1. Prolongata jest to odroczenie zapłaty składki regularnej.
2. Okres prolongaty rozpoczyna się w dniu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej i trwa 3 miesiące polisy.
3. Prolongata nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia należnych i wymagalnych składek regularnych i nie skutkuje zmianą terminu wymagalności składki regularnej.
4. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych.

§ 16 Nadpłata składki regularnej

1. Jeżeli Ubezpieczający wpłaci składkę regularną w wysokości wyższej niż wymagana, wpłacone środki pieniężne w kwocie przewyższającej należną składkę regularną przekazywane są na rachunek nadpłat. Środki zewidencjonowane na rachunku nadpłat nie są oprocentowane i są zaliczane w pierwszej kolejności na poczet przyszłych, wymagalnych składek regularnych w terminach i na zasadach określonych dla tych składek.
2. W przypadku gdy środki pieniężne zgromadzone na rachunku nadpłat przewyższają sumę składek regularnych wymagalnych za okres 12 miesięcy polisy, kwota przewyższająca tę sumę podlega alokowaniu na zasadach określonych dla składki dodatkowej inwestycyjnej.

§ 17 Składka dodatkowa inwestycyjna

1. Ubezpieczający ma prawo wpłacania składki dodatkowej inwestycyjnej w każdym czasie obowiązywania umowy podstawowej, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych inwestycyjnych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku dodatkowym nie później niż 4. dnia roboczego po dniu zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
3. W razie zaległości w opłaceniu składki regularnej, o ile na rachunku nadpłat brak jest środków na pokrycie wymagalnych składek regularnych, wpłaconą przez Ubezpieczającego składkę dodatkową inwestycyjną Towarzystwo zalicza w pierwszej kolejności na poczet wymagalnych składek regularnych. Pozostała kwota podlega alokowaniu na rachunku dodatkowym.

Rozdział VII**Zmiany dotyczące opłacania składki****§ 18 Indeksacja składki regularnej**

1. W każdym roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu indeksację, czyli podwyższenie składki regularnej.
2. Prawo do indeksacji składki regularnej nie przysługuje w okresie zawieszenia opłacania składki regularnej.
3. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu propozycję indeksacji składki regularnej nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
4. Indeksacja składki regularnej dokonywana jest o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy. Zaproponowana indeksacja będzie wynosić nie mniej niż 3%.
5. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający wybiera jeden z dwóch wariantów indeksacji składki regularnej:
 - 1) wariant I – podwyższeniu ulegają: składka podstawowa, składki dodatkowe ochronne oraz sumy ubezpieczenia, z wyłączeniem sum ubezpieczenia oraz składek dodatkowych ochronnych z tytułu:
 - a) umowy dodatkowej na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego,
 - b) umowy dodatkowej na wypadek osierocenia dziecka przez drugiego rodzica,
 - c) umowy dodatkowej na wypadek rozpoznania nowotworu u Ubezpieczonego – Pomoc na Raka,
 - d) umowy dodatkowej Druga Opinia Medyczna;
 wraz z podwyższeniem składki regularnej Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu podwyższenie sum ubezpieczenia, odpowiadające aktualnemu kosztowi ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wariant II – podwyższeniu ulega składka podstawowa, a kwota, o którą składka podstawowa została podwyższona, przeznaczana jest na zakup jednostek uczestnictwa.
6. W okresie pierwszych 5 lat polisy, jeżeli na skutek indeksacji składki podstawowej zgodnie z wariantem II suma ubezpieczenia byłaby niższa niż 10,1-krotność rocznej składki podstawowej, sumę ubezpieczenia po indeksacji stanowi kwota równa minimalnej sumie ubezpieczenia określonej w TOiL.
7. W przypadku niewyrażenia zgody na indeksację Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu zawiadomienie o odmowie zgody na indeksację składki regularnej, nie później niż w terminie 14 dni przed rocznicą polisy, od której indeksacja ma obowiązywać. Niedoręczenie Towarzystwu zawiadomienia o odmowie zgody na indeksację w terminie określonym w zdaniu poprzedzającym oznacza akceptację propozycji Towarzystwa.
8. Ubezpieczający może dokonać zmiany wariantu indeksacji składki regularnej w każdej rocznicy polisy.

§ 19 Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej

1. Począwszy od 1. rocznicy polisy, Ubezpieczający może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej. Po każdej zmianie termin wymagalności co najmniej jednej składki regularnej powinien przypadać w rocznicę polisy.
2. Towarzystwo określa nowe terminy opłacania składki regularnej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej.

§ 20 Zmiana wysokości składki podstawowej

1. Począwszy od 2. rocznicy polisy, Ubezpieczający może dokonać zmiany wysokości składki podstawowej.
2. Zmiana wysokości składki podstawowej jest możliwa w każdym terminie wymagalności składki podstawowej.
3. Ubezpieczający powinien wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości składki podstawowej co najmniej na 21 dni roboczych przed terminem wymagalności składki podstawowej, od którego ma skutkować przedmiotowa zmiana.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 1) zaproponowania innej wysokości składki podstawowej albo
 - 2) niewyrażenia zgody na dokonanie zmiany wysokości składki podstawowej.

5. Towarzystwo określa nową wysokość składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia w dokumencie potwierdzającym zgodę Towarzystwa na zmianę wysokości składki podstawowej albo w propozycji zmiany wysokości składki podstawowej na inną kwotę.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie przyjęcia propozycji, o której mowa w ust. 5, w terminie 10 dni roboczych od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała wysokość składki podstawowej oraz sumy ubezpieczenia zaproponowane przez Towarzystwo.

§ 21 Zawieszenie opłacania składki regularnej

1. Zawieszenie opłacania składki regularnej może nastąpić, począwszy od 2. rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich składek regularnych należnych i wymagalnych do 2. rocznicy polisy.
2. Zawieszenie opłacania składki regularnej następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego, złożony co najmniej na 14 dni przed terminem wymagalności składki regularnej, od którego wnioskowane jest zawieszenie jej opłacania – na okres wyrażony w pełnych miesiącach polisy, nie krótszy niż 4 miesiące polisy i nie dłuższy niż 36 miesięcy polisy, lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił wymagalnej składki regularnej – na czas nieokreślony.
3. We wniosku o zawieszenie opłacania składki regularnej Ubezpieczający jest zobowiązany wskazać okres zawieszenia. Jeżeli okres zawieszenia nie został wskazany, zawieszenie opłacania składki regularnej następuje na okres 36 miesięcy polisy.
4. Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może skrócić okres zawieszenia opłacania składki regularnej, jednak nie może on być krótszy od minimalnego okresu określonego w ust. 2 pkt 1.
5. W okresie zawieszenia opłacania składki regularnej:
 - 1) wpłacana składka regularna uznawana będzie za nadpłatę;
 - 2) Ubezpieczający może dokonywać wpłat składki dodatkowej inwestycyjnej;
 - 3) ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umów dodatkowych ulega zawieszeniu, jeśli zawieszenie nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego;
 - 4) umowy dodatkowe ulegają rozwiązaniu z upływem okresu prolongaty, jeśli zawieszenie nastąpiło w trybie automatycznym.
6. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego, prawo do kolejnego zawieszenia opłacania składki regularnej w tym trybie przysługuje Ubezpieczającemu po upływie 12 miesięcy polisy, liczonych od daty ostatniego wznowienia opłacania składki regularnej i po opłaceniu wszystkich składek regularnych należnych za ten okres.
7. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło na wniosek Ubezpieczającego, wznowienie opłacania następuje po upływie okresu zawieszenia. Wznowienie możliwe jest pod warunkiem opłacenia składki regularnej, nie później niż w dniu wymagalności przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej w tym terminie, następuje automatyczne zawieszenie opłacania składki regularnej, bez prawa do prolongaty składki regularnej.
8. Jeżeli zawieszenie opłacania składki regularnej nastąpiło w trybie automatycznym, Ubezpieczający może wznowić opłacanie wyłącznie składki podstawowej. Wznowienie możliwe jest pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej i akceptacji tego wniosku przez Towarzystwo oraz pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnych składek regularnych za okres prolongaty oraz składki podstawowej należnej w dniu wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po złożeniu wniosku przez Ubezpieczającego.
9. Wznowienie opłacania składki podstawowej nastąpi z dniem wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej.

Rozdział VIII

Rachunki i alokacja składki

§ 22 Rachunek podstawowy i rachunek dodatkowy

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek podstawowy oraz rachunek dodatkowy.

2. Na rachunku podstawowym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych.
3. Na rachunku dodatkowym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych inwestycyjnych.

§ 23 Alokacja

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz składki dodatkowej inwestycyjnej. Ubezpieczający może złożyć dla każdej z wymienionych składek odrębną dyspozycję alokacji.
2. Alokacja może być określona z dokładnością do 1%, z zastrzeżeniem że udział każdego funduszu nie może być niższy niż 10%.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do zmian dyspozycji alokacji.
4. Towarzystwo dokonuje zmiany alokacji zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia jej złożenia.
5. Jeżeli alokowanie całości albo części składki podstawowej lub składki dodatkowej inwestycyjnej 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.

§ 24 Konwersja

1. 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 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 podstawowych oraz dodatkowych inwestycyjnych 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. Zlecenia skutkujące zapisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszony, nie będą realizowane. Postanowienia § 23 ust. 5 stosuje się odpowiednio.
3. Zlecenia skutkujące odpisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszony, będą odrzucane, z wyjątkiem poniższych przypadków:
 - 1) w przypadku wypłaty części wartości podstawowej polisy, wartości wykupu oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy Towarzystwo wypłaci część środków pieniężnych pochodzącą z funduszy, których wycena lub transakcje nie zostały zawieszony, 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 z oferty lub likwidacji funduszu, 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 złożenia dyspozycji konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w terminie wskazanym w ust. 1 lub w ust. 2 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 terminie wskazanym w ust. 1 lub w ust. 2 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 inwestycyjnej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 niniejszego paragrafu.
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 inwestycyjnej, 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

Świadczenia o charakterze ochronnym

§ 28 Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi wyższa z wartości:
 - 1) suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powiększona o wartość dodatkową polisy;
 - 2) wartość podstawowa polisy powiększona o wartość dodatkową polisy.
2. W celu ustalenia wysokości świadczenia wartość podstawowa polisy oraz wartość dodatkowa polisy ustalane są na podstawie wartości jednostek uczestnictwa obowiązującej nie później niż 5. dnia roboczego po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentem potwierdzającym śmierć Ubezpieczonego.

§ 29 Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Świadczenie 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 w świadczeniu.
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, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2–3.

§ 30 Zasady i terminy wypłat świadczeń ochronnych

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Zgodność dokumentacji medycznej z oryginałem może być poświadczona 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zgłaszającą roszczenie 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 docho-waniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 4, Towarzystwo zawiadomi pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
6. 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.

Rozdział XI

Świadczenia o charakterze inwestycyjnym

§ 31 Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może na swój wniosek otrzymywać następujące rodzaje świadczeń o charakterze inwestycyjnym:
 - 1) wypłatę wartości dodatkowej polisy;

- 2) wypłatę części wartości dodatkowej polisy;
 - 3) wypłatę części wartości podstawowej polisy.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę części wartości podstawowej polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu:
 - 1) obniżenie sumy ubezpieczenia;
 - 2) zmniejszenie kwoty wypłacanych środków.
 3. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa odpowiednio z rachunku podstawowego lub z rachunku dodatkowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.
 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 poszczególnych funduszy w wartości podstawowej polisy lub wartości dodatkowej polisy, chyba że we wniosku o dokonanie wypłaty Ubezpieczający wskaże fundusze, których jednostki uczestnictwa podlegają odpisaniu.
 5. Towarzystwo dokonuje wypłaty części wartości podstawowej polisy i części wartości dodatkowej polisy oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia przez Ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia kopii dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
 6. 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.
 7. Dyspozycja wypłaty części wartości podstawowej polisy skutkująca obniżeniem sumy ubezpieczenia poniżej minimalnej sumy ubezpieczenia określonej w TOiL jest równoznaczna ze złożeniem dyspozycji wypłaty wartości wykupu, o ile Ubezpieczający nie zmieni kwoty wnioskowanej wypłaty części wartości podstawowej do wysokości, która nie powoduje obniżenia sumy ubezpieczenia poniżej minimalnej sumy określonej w TOiL.

§ 32 Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

1. Wypłata wartości wykupu jest dokonywana w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z innych przyczyn niż śmierć Ubezpieczonego.
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. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości wykupu w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia przez Ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia kopii dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.

Rozdział XII Opłaty

§ 33 Rodzaje opłat pobieranych przez Towarzystwo

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe – opłata określona kwotowo, ustalana na podstawie wieku Ubezpieczonego i pobierana z tytułu świadczenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) opłatę dystrybucyjną – opłata określona procentowo w stosunku do składki podstawowej i składki dodatkowej inwestycyjnej 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 podstawowego 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) realizacji dyspozycji konwersji,
 - b) realizacji dyspozycji zmiany alokacji,
 - c) zmiany wysokości składki podstawowej,
 - d) zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej,
 - e) zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej,
 - f) częściowej wypłaty wartości podstawowej polisy,
 - g) częściowej wypłaty wartości dodatkowej polisy;
 - 6) opłatę transakcyjną z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego – opłata określona procentowo w stosunku do wartości zapisywanych jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego.
2. Wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo określa TOiL.

§ 34 Zasady pobierania opłat przez Towarzystwo

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. 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 i odpisania z rachunku jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, odpisywanych jedynie z tych funduszy, których dana opłata dotyczy.
3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego.
4. Opłata dystrybucyjna określona procentowo pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego w dniu przeliczenia środków pieniężnych pochodzących ze składki podstawowej oraz składki dodatkowej inwestycyjnej na jednostki uczestnictwa.
5. Opłata dystrybucyjna określona kwotowo pobierana jest w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z innych przyczyn niż śmierć Ubezpieczonego, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego w dniu odpisania jednostek uczestnictwa w celu wypłaty wartości wykupu.
6. Opłata administracyjna określona procentowo jest pobierana z rachunku podstawowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa.
7. Opłata administracyjna określona kwotowo jest pobierana z rachunku podstawowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa.
8. Opłata za zarządzanie pobierana jest z rachunku podstawowego oraz z rachunku dodatkowego w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca polisy.
9. Opłata transakcyjna jest pobierana w dniu realizacji dyspozycji, za której wykonanie opłata jest należna, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z:
 - 1) rachunku dodatkowego – z tytułu zapisania na rachunek dodatkowy jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, częściowej wypłaty wartości dodatkowej polisy;
 - 2) rachunku podstawowego – z tytułu zapisania na rachunek podstawowy jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, realizacji dyspozycji konwersji, zmiany alokacji, zmiany wysokości składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej, zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej, częściowej wypłaty wartości podstawowej polisy.

§ 35 Indeksacja i zmiana wysokości opłat

1. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty administracyjnej określonej kwotowo oraz opłat transakcyjnych określonych kwotowo o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, opublikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego.
2. TOiL w zakresie wysokości opłaty administracyjnej może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Towarzystwa, z uwzględnieniem ust. 4. Ważną przyczyną jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
3. W przypadku określonym w ust. 2 Towarzystwo jest uprawnione do zwiększenia opłaty administracyjnej maksymalnie o wysokość stawki podatku wprowadzonej przez zmianę lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
4. Zmiana wskazana w ust. 2 następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu TOiL. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu TOiL Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

Rozdział XIII**Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek****§ 36**

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) OWU – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
 - 2) podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
2. Ponadto w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje 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, a także o wartości wykupu – 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 ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
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 reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 37.
4. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wystąpieniu w formie pisemnej w terminie 60 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego pierwszej informacji rocznej, o której mowa w ust. 2 pkt 2).
5. Ubezpieczony ma obowiązek powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Rozdział XIV**Zasady składania reklamacji, właściwość sądów, prawo właściwe****§ 37 Reklamacje, skargi i zażalenia**

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:

- 1) 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;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
 4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
 5. 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.
 6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
 7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
 9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 38.
 10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
 11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

§ 38 Właściwość sądów, prawo właściwe

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, Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

Rozdział XV**Postanowienia końcowe****§ 39 Doręczenia**

Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, lub w innej formie zaakceptowanej przez Strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.

§ 40 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.

§ 41 Definicje

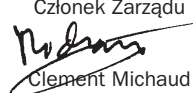
- 1) **alokacja** – ustalony przez Ubezpieczającego procentowy podział składki podstawowej lub składki dodatkowej inwestycyjnej pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe;
- 2) **alokowanie** – zapisanie jednostek uczestnictwa na odpowiednim rachunku Ubezpieczającego;
- 3) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy podstawowej lub dodatkowej;
- 4) **dokument ubezpieczenia** – polisa lub każdy inny wystawiony przez Towarzystwo dokument potwierdzający zawarcie oraz warunki umowy ubezpieczenia;
- 5) **dzień roboczy** – dzień inny niż: sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy;
- 6) **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;
- 7) **jednostka uczestnictwa** – część ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiąca proporcjonalny udział w aktywach tego funduszu;
- 8) **konwersja** – przeniesienie środków z wybranego wcześniej przez Ubezpieczającego funduszu do innego funduszu;
- 9) **list rocznicowy** – informacja roczna, wysyłana Ubezpieczającemu, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu;
- 10) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, z wyjątkiem zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, jak również następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 12) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny;
- 13) **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
- 14) **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 15) **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);
- 16) **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy podstawowej oraz każdy kolejny 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rocznicy polisy;
- 17) **składka dodatkowa inwestycyjna** – składka z tytułu umowy podstawowej; przeznaczona wyłącznie na zakup jednostek uczestnictwa;

- 18) **składka dodatkowa ochronna** – składka z tytułu umowy dodatkowej;
- 19) **składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej przeznaczona na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej oraz zakup jednostek uczestnictwa;
- 20) **składka regularna** – składka podstawowa, a jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o umowy dodatkowe, składka podstawowa powiększona o składki dodatkowe ochronne;
- 21) **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, lodo- wa, 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;
- 22) **TOiL** – tabela opłat i limitów, stanowiąca integralną część OWU, określająca opłaty i limity finansowe obowiązujące w ramach umowy ubezpieczenia;
- 23) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 24) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** lub **fundusz** – wydzielony fundusz aktywów inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia;
- 25) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 26) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie OWUD, rozszerzająca zakres umowy podstawowej;
- 27) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 28) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi;
- 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;
- 32) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego, liczona w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy podstawowej; w każdej rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden).

§ 42 Publikacja sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej
Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 43 Obowiązki OWU

Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Plan Elastyczny zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/07/12/2015 z dnia 7 grudnia 2015 r., zmienione uchwałą nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 10 stycznia 2017 r.

Członek Zarządu

Clement Michaud

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 zaufało nam już 107 milionów klientów w 64 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