



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



indywidualne
ubezpieczenie na życie
Plan Ochronny AXA

Indeks PO/16/12/01

Spis treści

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA

1

Tabela limitów

8

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 Plan Ochronny AXA
– indeks PO/16/12/01

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 6 ust. 1 § 29
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 4 i 5 § 17 ust. 8 §12 ust. 2 § 22

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1 OWU

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochrony AXA („OWU”) stosuje się do umów ubezpieczenia na życie 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 limitów;
 - 2) Załącznik nr 2 – 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 z tytułu umowy podstawowej jest życie Ubezpieczonego Głównego.
2. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego Głównego w okresie ubezpieczenia.
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia mogą zostać rozszerzone poprzez zawarcie umów dodatkowych:
 - 1) jednocześnie z umową podstawową lub
 - 2) w terminach wymagalności składki łącznej.
4. Rozszerzony zakres ubezpieczenia może obejmować życie i zdrowie Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego, będącego współmałżonkiem lub partnerem Ubezpieczonego Głównego.

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

§ 3 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa podstawowa jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego złożonego przez Ubezpieczającego i zaakceptowanego przez Towarzystwo.
2. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy podstawowej Towarzystwo może żądać od Ubezpieczonego przedstawienia dokumentacji medycznej potwierdzającej stan jego zdrowia lub podania się na koszt Towarzystwa badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo wystąpi z takim żądaniem w terminie 30 dni od dnia przedstawienia przez Ubezpieczonego oświadczenia o stanie jego zdrowia.
3. 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 zapytywało we wniosku ubezpieczeniowym albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki 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 ubezpieczenia, 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. Umowa podstawowa jest zawierana na czas określony, do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ubezpieczonego Głównego 75. roku życia.
2. Jeżeli rocznica polisy przypada w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego Głównego 75. roku życia, umowa podstawowa ulega rozwiązaniu z tym dniem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z datą zawarcia umowy podstawowej wskazanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej w wymaganej wysokości.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej.

§ 6 Ochrona tymczasowa

1. Towarzystwo udziela ochrony tymczasowej, której zakres obejmuje śmierć Ubezpieczonego Głównego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć Ubezpieczonego Głównego w jego wyniku muszą zaistnieć w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony tymczasowej.
2. Ochrona tymczasowa rozpoczyna się od następnego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego oraz opłaceniu przez niego wstępnie obliczonej pierwszej składki łącznej.
3. Towarzystwo udziela ochrony tymczasowej osobie wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym o zawarcie umowy podstawowej jako Ubezpieczony Główny.
4. Ochrona tymczasowa wygasa z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) upływu ostatniego dnia do złożenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty;
 - 3) upływu 60. dnia od daty rozpoczęcia ochrony tymczasowej;
 - 4) odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Świadczenie wypłacone z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony tymczasowej stanowi łączną wartość sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i wskazanych w ust. 6 umów dodatkowych, określonych we wniosku ubezpieczeniowym, nie więcej jednak niż 50 000 zł.
6. Ochrona tymczasowa w zakresie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku udzielana jest z tytułu następujących umów dodatkowych:
 - 1) na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) terminowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego Głównego spowodowana została wypadkiem komunikacyjnym, o ile we wniosku ubezpieczeniowym zostały one wskazane jako rozszerzające zakres ubezpieczenia umowy podstawowej.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, który wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a łączna wysokość sum ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych, z tytułu których udzielana jest ochrona tymczasowa, jest wyższa niż 50 000 zł, Towarzystwo wypłaci każdemu z Uposażonych świadczenie w proporcji, w jakiej kwota świadczenia, którą otrzymałby po dniu zawarcia umowy

ubezpieczenia, pozostaje do łącznej kwoty świadczeń, które zostałyby wypłacone Uposażonym po tym dniu.

8. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego Głównego 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 miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 6) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 7) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 8) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
 - 9) 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.

§ 7 Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy podstawowej, składając Towarzystwu oświadczenie o odstąpieniu, w formie pisemnej w terminie 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. Do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową, pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy podstawowej.

§ 8 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu obowiązywania umowy podstawowej;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego Głównego;
 - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia umowy podstawowej przez Ubezpieczającego;
 - 4) z dniem zakończenia okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający, pomimo wezwania do zapłaty, w okresie, w którym nie przysługuje mu prawo do zawieszenia opłacania składki łącznej, nie opłacił należnych składek łącznych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania;
 - 5) z upływem okresu zawieszenia opłacania składki łącznej, jeżeli Ubezpieczający nie wznowił opłacania składek łącznych w tym terminie, pomimo wezwania do zapłaty składek łącznych w terminie wskazanym w wezwaniu, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
2. Niezależnie od postanowień ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu, w którym wysokość składki łącznej uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości określonej w Tabeli limitów, chyba że wysokość

składki łącznej uległa obniżeniu na skutek wypowiedzenia lub odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy dodatkowej – w takim przypadku umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy dodatkowej.

3. Umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu w związku ze śmiercią Ubezpieczonego Głównego, jeżeli Ubezpieczony, będący współmałżonkiem lub partnerem Ubezpieczonego Głównego, przejął prawa i obowiązki Ubezpieczającego w trybie opisanym w § 24.
4. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę podstawową, składając Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu, w formie pisemnej. Umowa podstawowa rozwiązuje się z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka łączna, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka łączna, Towarzystwo dokona zwrotu składki łącznej za niewykorzystany okres ochrony.

Rozdział IV

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 9 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 łączną, 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 podstawowej zgodnie z § 7;
 - 3) wypowiedzenia umowy podstawowej zgodnie z § 8 ust. 4;
 - 4) zawieszenia i wznowienia opłacania składki łącznej zgodnie z § 17 i § 18;
 - 5) składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 25.

§ 10 Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym Głównym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. 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.

§ 11 Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w umowie ubezpieczenia, co stanowi główne świadczenia Towarzystwa;
 - 2) 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 i zmiana sumy ubezpieczenia

§ 12 Wysokość sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego, z zastrzeżeniem ust. 2, stanowi kwota wskazana w polisie.

2. Sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego w okresie prolongaty stanowi kwota określona w polisie, pomniejszona o składkę łączną należną z tytułu umowy ubezpieczenia za okres od pierwszego dnia okresu prolongaty do końca miesiąca polisy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego Głównego.
3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia jest możliwa w każdym terminie wymagalności składki łącznej.
4. W celu dokonania zmiany Ubezpieczający powinien złożyć Towarzystwu wniosek co najmniej na 12 dni roboczych przed terminem wymagalności składki łącznej, 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. 2.
6. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zaszczytuje 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 łącznej 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 łącznej zaproponowana przez Towarzystwo.
9. W okresie zawieszenia opłacania składki łącznej Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia.
10. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy podstawowej.

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 taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy podstawowej.
3. Wysokość składki podstawowej określona jest w polisie.
4. 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.
5. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w Tabeli limitów.

§ 14 Składka dodatkowa

1. W przypadku zawarcia umów dodatkowych Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek dodatkowych.
2. Składka dodatkowa 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 łącznej

1. Prolongata jest to odroczenie zapłaty składki łącznej.

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

Rozdział VII

Zmiany dotyczące opłacania składki

§ 16 Zmiana częstotliwości opłacania składki łącznej

1. Ubezpieczający może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej. Po każdej zmianie częstotliwości opłacania składki łącznej co najmniej jeden termin wymagalności składki łącznej w roku polisy powinien przypadać w rocznicę polisy.
2. Warunkiem zmiany częstotliwości opłacania składki łącznej jest opłacenie wszystkich składek łącznych wymagalnych do dnia złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składki łącznej.
3. Towarzystwo określa nowe terminy opłacania składki łącznej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki łącznej.

§ 17 Zawieszenie opłacania składki łącznej

1. Zawieszenie opłacania składki łącznej może nastąpić, począwszy od 2. rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich składek łącznych należnych i wymagalnych do 2. rocznicy polisy oraz o ile od ostatniego wznowienia opłacania składki łącznej upłynął co najmniej 5-letni okres.
2. Zawieszenie opłacania składki łącznej następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego lub
 - 2) automatycznie po upływie okresu prolongaty, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił wymagalnej składki łącznej.
3. Zawieszenie opłacania składki łącznej na wniosek Ubezpieczającego następuje od najbliższego terminu wymagalności składki łącznej po złożeniu tego wniosku. W przypadku złożenia wniosku w tej sprawie w okresie prolongaty, zawieszenie opłacania składki łącznej następuje od najbliższego terminu wymagalności najwcześniej wymagalnej, nieopłaconej składki łącznej.
4. Zawieszenie opłacania składki łącznej w trybie opisanym w ust. 2 pkt 1) następuje na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie opłacania składki łącznej, nie dłuższy niż okres wskazany w Tabeli limitów.
5. Zawieszenie opłacania składki łącznej w trybie opisanym w ust. 2 pkt 2) następuje na okres wskazany w Tabeli limitów.
6. Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, ma prawo do skrócenia okresu zawieszenia opłacania składki łącznej.
7. Zawieszenie opłacania składki łącznej powoduje zmianę częstotliwości jej opłacania na miesięczną, jeżeli przed zawieszeniem obowiązywała inna częstotliwość opłacania składki. Zmiana częstotliwości opłacania składki łącznej następuje od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki łącznej.
8. W okresie zawieszenia opłacania składki łącznej ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy podstawowej i wszystkich umów dodatkowych ulega zawieszeniu.

§ 18 Wznowienie opłacania składki łącznej

1. Wznowienie opłacania składki łącznej następuje po upływie okresu zawieszenia.
2. Wznowienie opłacania składki łącznej możliwe jest pod warunkiem:
 - 1) opłacenia składki łącznej nie później niż w dniu wymagalności przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia, w wysokości wynikającej ze zmiany częstotliwości jej opłacania, o której mowa w § 17 ust. 7;
 - 2) opłacenia w powyższym terminie składki łącznej wymagalnej za okres prolongaty, jeżeli zawieszenie nastąpiło w trybie, o którym mowa w § 17 ust. 2 pkt 2).

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych jest wznawiana od daty wznowienia opłacania składki łącznej, o którym mowa w ust. 2.

Rozdział VIII Świadczenia

§ 19 Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego stanowi suma ubezpieczenia, o której mowa w § 12.

§ 20 Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Głównego

- Świadczenie wypłacane jest na rzecz Uposażonych w częściach określonych przez Ubezpieczonego Głównego.
- Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego Głównego lub jednocześnie z Ubezpieczonym Głównym albo jeżeli Uposażony utracił prawo do świadczenia, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Głównego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
 - rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
 - rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
 - spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym Głównym w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa.
- 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.

§ 21 Zasady i terminy wypłat świadczeń

- 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.
- Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
- 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.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia obję-

tego zakresem ubezpieczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

- Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w ust. 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.
- 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.

§ 22 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia 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;
- samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy podstawowej.

Rozdział IX Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 23

- W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową OWU – na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
- 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:
 - 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;
 - wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia;
 - zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po przekazaniu ich przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.
- 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 § 25.
- Ubezpieczony ma obowiązek powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Rozdział X Zmiana Ubezpieczającego

§ 24 Zmiana Ubezpieczającego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego będącego jednocześnie Ubezpieczającym, jeżeli zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy dodatkowej objęte jest życie lub zdrowie współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego Głównego, przejmuje on prawa i obowiązki Ubezpieczonego Głównego z dniem jego śmierci i staje się Ubezpieczającym i Ubezpieczonym Głównym w rozumieniu niniejszych OWU, pod warunkiem że wyraził na to zgodę.
2. W przypadku zmiany Ubezpieczającego współmałżonek lub partner wstępujący w prawa i obowiązki Ubezpieczającego zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy podstawowej, poczynwszy od dnia następującego po dniu śmierci Ubezpieczonego Głównego.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła w okresie prolongaty, współmałżonek lub partner wstępujący w prawa dotychczasowego Ubezpieczającego zobowiązany jest opłacić składkę łączną należną za okres prolongaty.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego Głównego nastąpiła w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej, warunkiem wznowienia opłacania składki łącznej jest opłacenie przez współmałżonka lub partnera wstępującego w prawa dotychczasowego Ubezpieczającego składki łącznej należnej za okres prolongaty oraz składki łącznej wymagalnej w dniu wymagalności kolejnej składki łącznej, przypadającej bezpośrednio po upływie okresu zawieszenia opłacania składki łącznej.
5. Umowy dodatkowe, w których przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie lub życie Ubezpieczonego Głównego, ulegają rozwiązaniu z dniem jego śmierci.

Rozdział XI Zasady składania reklamacji, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 25 Reklamacje, skargi i zażalenia

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (Towarzystwo) jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – przesyłką 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.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna 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.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, a w przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej – nazwę firmy oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu, a także w obu przypadkach adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. 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.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 26.
12. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. 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).
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 12, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

§ 26 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 XII Postanowienia końcowe

§ 27 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.

§ 28 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.

§ 29 Definicje

1. **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;
2. **dokument ubezpieczenia** – polisa lub każdy inny wystawiony przez Towarzystwo dokument potwierdzający zawarcie oraz warunki umowy ubezpieczenia;
3. **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;
4. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, jak również następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek;
5. **OWU** – niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA;
6. **OWUD** – ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące podstawę zawarcia umowy dodatkowej;
7. **partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym Głównym w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie partnera, w związku pozamateriałskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym Głównym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia. Osobą spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony Główny, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
8. **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
9. **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);
10. **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;
11. **składka dodatkowa** – składka z tytułu umowy dodatkowej;

12. **składka łączna** – składka podstawowa powiększona o składki dodatkowe;
13. **składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej;
14. **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, 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 aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
15. **Tabela limitów** – tabela stanowiąca integralną część OWU, określająca limity finansowe obowiązujące w ramach umowy ubezpieczenia;
16. **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
17. **Ubezpieczony** – Ubezpieczony Główny, współmałżonek lub partner, na rzecz których Ubezpieczający zawarł umowę dodatkową;
18. **Ubezpieczony Główny** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę podstawową, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia;
19. **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie OWUD, rozszerzająca zakres umowy podstawowej;
20. **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie OWU;
21. **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi;
22. **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
23. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia, liczona w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy podstawowej; w każdą rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden);
24. **współmałżonek** – osoba, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie współmałżonka, pozostawała z Ubezpieczonym Głównym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
25. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - 1) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym;
 - 2) rowerzysta;
 - 3) pieszy.

§ 30 Publikacja sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej

Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.

§ 31 Obowiązki OWU

Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r., zmienione uchwałą nr 1/23/08/2018 z dnia 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 1 października 2018 r.

Tabela limitów

do indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny AXA

INDEKS POT/16/12/01

1. Minimalna wysokość składki łącznej

1) dla częstotliwości miesięcznej	90 zł
2) dla częstotliwości kwartalnej	270 zł
3) dla częstotliwości półrocznej	495 zł
4) dla częstotliwości rocznej	900 zł

2. Minimalna wysokość składki łącznej po przejęciu przez współmatronka/partnera praw i obowiązków Ubezpieczającego po jego śmierci

1) dla częstotliwości miesięcznej	50 zł
2) dla częstotliwości kwartalnej	150 zł
3) dla częstotliwości półrocznej	275 zł
4) dla częstotliwości rocznej	500 zł

3. Maksymalny okres zawieszenia opłacania składki łącznej na wniosek Ubezpieczającego 6 miesięcy polisy

4. Okres zawieszenia opłacania składki łącznej w trybie automatycznym 6 miesięcy

Niniejsza Tabela limitów została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 1/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych od 1 lutego 2017 r.

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 105 milionów klientów w 61 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.



22 599 95 22
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury