

inwestycje

Ogólne warunki ubezpieczenia / **Plan Inwestycyjny AXA Premia**

**ubezpieczenie na życie
z ubezpieczeniowymi
funduszami kapitałowymi
ze składką podstawową
opłacaną regularnie**
indeks PRE/08/07/18

więcej / niż standard



Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie Plan Inwestycyjny AXA Premia stosuje się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zawieranych przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z Ubezpieczającymi.

Definicje

§ 2

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

- 1) **alokacja** – procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe w celu nabycia jednostek uczestnictwa tych funduszy, ustalony przez Ubezpieczającego;
- 2) **Beneficjent wykupu** – Ubezpieczający lub Ubezpieczony uprawniony do otrzymania wartości polisy lub jej części z wyłączeniem przypadku określonego w § 8 OWU;
- 3) **data rozpoczęcia ochrony** – określony w polisie dzień zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio następny dzień po upływie terminu do złożenia sprzeciwu w przypadku określonym w § 4 ust. 5 OWU, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) **dzień przeliczenia** – termin nabycia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadający nie później niż w terminie 4 dni roboczych od dnia zapłaty składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej bądź od dnia umorzenia jednostek wszystkich ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych podlegających konwersji;
- 5) **dzień umorzenia** – termin umorzenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadający nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia akceptacji przez Towarzystwo dyspozycji lub wniosku Ubezpieczającego lub Uposażonego, lub odpowiednio od dnia pobrania przez Towarzystwo odpowiedniej opłaty;
- 6) **jednostka uczestnictwa** – część ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiąca proporcjonalny udział w aktywach netto tego funduszu;
- 7) **konwersja** – nabycie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego za środki uzyskane z umorzenia jednostek uczestnictwa innego funduszu;
- 8) **OWU** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie Plan Inwestycyjny AXA Premia;
- 9) **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 10) **prolongata** – okres 90 dni od dnia wymagalności składki podstawowej najwcześniej wymaganej, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej mimo zaległości w zapłacie składki podstawowej przez Ubezpieczającego;
- 11) **rachunek dodatkowy** – wyodrębniony rachunek jednostek uczestnictwa, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za środki pochodzące ze składek dodatkowych;
- 12) **rachunek nadpłat** – ewidencja środków pieniężnych Ubezpieczającego wpłaconych z tytułu składek podstawowych i składek dodatkowych w wysokości innej niż wymagana zgodnie z umową ubezpieczenia; środki zewidencjonowane na rachunku nadpłat są nieoprocentowane;
- 13) **rachunek podstawowy** – wyodrębniony rachunek jednostek uczestnictwa, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za środki pochodzące ze składek podstawowych;
- 14) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 15) **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rozpoczęcia ochrony;
- 16) **składka dodatkowa** – składka nieobowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana przez Ubezpieczającego w dowolnym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia;
- 17) **składka podstawowa** – składka obowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana przez Ubezpieczającego;
- 18) **Strony** – Towarzystwo i Ubezpieczający;
- 19) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, którą Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ochrony ubezpieczeniowej;
- 20) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota należna osobom uprawnionym w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 22) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek podstawowych;
- 23) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy lub fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy oferowany przez Towarzystwo w związku z umową ubezpieczenia, stanowiący wydzielony fundusz aktywów lokowanych zgodnie z postanowieniami regulaminu właściwego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 24) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 25) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zawarta na podstawie OWU;
- 26) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego lub wartości polisy w przypadku określonym w § 8 OWU;
- 27) **wartość dodatkowa polisy** – część wartości polisy stanowiąca sumę iloczynów liczby jednostek uczestnictwa każdego z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku dodatkowym i ceny jednostki uczestnictwa danego funduszu obowiązującej w dniu, na który jest ustalana wartość dodatkowa polisy;
- 28) **wartość podstawowa polisy** – część wartości polisy stanowiąca sumę iloczynów liczby jednostek uczestnictwa każdego z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym i ceny jednostki uczestnictwa danego funduszu obowiązującej w dniu, na który jest ustalana wartość podstawowa polisy;
- 29) **wartość polisy** – suma wartości podstawowej polisy i wartości dodatkowej polisy;
- 30) **wniosek ubezpieczeniowy** – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składany przez Ubezpieczającego na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.

Umowa ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na warunkach określonych w OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego paragrafu.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w OWU. W takim przypadku Towarzystwo jest zobowiązane, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, do przedstawienia Ubezpieczającemu na piśmie różnic między postanowieniami OWU a umową ubezpieczenia, chyba że umowa ubezpieczenia jest zawierana w drodze negocjacji.
3. Wniosek ubezpieczeniowy, OWU, polisa, załączniki do polisy, regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, Tabela opłat i limitów oraz inne dokumenty uzgodnione przez Strony, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i określają warunki umowy ubezpieczenia.

Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, stanowiącego ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku ubezpieczeniowego i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową, o ile została opłacona, w terminie 14 dni od dnia odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego określonej we wniosku ubezpieczeniowym Towarzystwo wystawia polisę i doręcza ją Ubezpieczającemu.
5. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od warunków określonych w OWU lub określonych przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice wraz z doręczeniem polisy, wyznaczając 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
6. W przypadku niezgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu w terminie określonym w ust. 5 niniejszego paragrafu umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dacie rozpoczęcia ochrony wskazanej w polisie.
7. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta lub zostaje zawarta po ustaleniu jej warunków przez Strony.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 6

Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej stanowi sumę ubezpieczenia powiększoną o wartość polisy.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dacie rozpoczęcia ochrony wskazanej w polisie.
2. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej po upływie okresu prolongaty do dnia zwolnienia opłacania składki podstawowej, o ile nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki podstawowej zgodnie z § 19 OWU.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.

Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

§ 8

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest wyłączona w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek samobójstwa, popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty rozpoczęcia ochrony.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty na rzecz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie wartości polisy.

Ubezpieczony

§ 9

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego nie ukończyła 70. roku życia.

Uposażony

§ 10

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych.
2. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonego Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu ubezpieczeniowym bądź – w przypadku określonym w § 8 OWU – w wartości polisy.
4. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym bądź – w przypadku określonym w § 8 OWU – w wartości polisy lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.

§ 11

1. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego bądź wartości polisy – w przypadku określonym w § 8 OWU – z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego paragrafu.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym bądź – w przypadku określonym w § 8 OWU – w wartości polisy.

3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy umyślnie przyczynili się do jego śmierci, świadczenie ubezpieczeniowe bądź – w przypadku określonym w § 8 OWU – wartość polisy przypada spadkobiercom Ubezpieczonego.
4. Za osobę która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Beneficjent wykupu

§ 12

1. Beneficjentem wykupu może być Ubezpieczający lub Ubezpieczony.
2. Beneficjenta wykupu wskazuje Ubezpieczający we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Jeżeli Beneficjent wykupu nie został wskazany we wniosku ubezpieczeniowym, Beneficjentem wykupu jest Ubezpieczający.
4. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonać zmiany Beneficjenta wykupu.
5. Beneficjent wykupu jest uprawniony do otrzymania, wyłącznie na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wartości polisy – z wyłączeniem przypadku określonego w § 8 OWU;
 - 2) części wartości podstawowej polisy;
 - 3) wartości dodatkowej polisy;
 - 4) części wartości dodatkowej polisy.
6. W przypadku śmierci Beneficjenta wykupu po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, środki należne Beneficjentowi wykupu przypadają jego spadkobiercom.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 13

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacać składkę podstawową.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia Towarzystwa o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego.
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz osoby trzeciej, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
 - 2) informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości polisy, niezwłocznie po przekazaniu tych informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
4. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu informacji zgodnie z postanowieniami ust. 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

Obowiązki Towarzystwa

§ 14

1. Towarzystwo jest zobowiązane do potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie polisy i doręczenie jej Ubezpieczającemu.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wartości polisy lub odpowiednio jej części, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.
3. Towarzystwo ma obowiązek dokonywania alokacji składek podstawowych i składek dodatkowych zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego.

4. Towarzystwo jest zobowiązane do dokonywania terminowej wyceny jednostek uczestnictwa.
5. Towarzystwo jest zobowiązane do sporządzania i publikowania sprawozdań ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgodnie z przepisami o działalności ubezpieczeniowej.
6. Towarzystwo jest zobowiązane do przekazania Ubezpieczającemu:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie rzadziej niż raz w roku informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości polisy.

Składka podstawowa

§ 15

1. Wysokość składki podstawowej i częstotliwość jej opłacania są ustalane przed zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie wniosku ubezpieczeniowego.
2. Minimalną wysokość składki podstawowej oraz dopuszczalną wysokość sumy składek podstawowych w pierwszym roku polisy określa Tabela opłat i limitów.
3. Składka podstawowa może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.

Zasady płatności składki podstawowej

§ 16

1. Składka podstawowa powinna być płacona na rachunek bankowy Towarzystwa w wysokości i w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Składkę podstawową uznaje się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa, wskazanego w polisie jako właściwy do jej opłacania, kwotą należnej składki podstawowej bądź w dniu wymagalności składki podstawowej, jeżeli środki zewidencjonowane na rachunku nadpłat podlegają zaliczeniu na jej poczet lub Ubezpieczający wpłacił kwotę należnej składki podstawowej przed terminem jej wymagalności.
3. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej Towarzystwo zalicza otrzymaną wpłatę z tytułu składki podstawowej w pierwszej kolejności na poczet składki podstawowej najwcześniej wymaganej.
4. Ubezpieczający nie jest zobowiązany do dokonania zapłaty składki podstawowej, jeżeli środki zewidencjonowane na rachunku nadpłat podlegają zaliczeniu na jej poczet. W takim przypadku Towarzystwo zewidencjonuje środki wpłacone z tytułu tej składki podstawowej na rachunku nadpłat.
5. W drugim roku polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich należnych składek podstawowych za pierwszy rok polisy, pierwsza wymagalna i wpłacona w tym okresie składka podstawowa przed dokonaniem alokacji zostanie zwiększona o 10% wartości sumy składek podstawowych wymagalnych i wpłaconych przez Ubezpieczającego za pierwszy rok polisy.
6. W trzecim roku polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich należnych składek podstawowych za drugi rok polisy, pierwsza wymagalna i wpłacona w tym okresie składka podstawowa przed dokonaniem alokacji zostanie zwiększona o 10% wartości sumy składek podstawowych wymagalnych i wpłaconych przez Ubezpieczającego za pierwszy rok polisy.
7. Jeżeli Ubezpieczający dokona nadpłaty składki podstawowej zgodnie z postanowieniami § 17 OWU, dla określenia wartości sumy składek podstawowych, o której mowa w ust. 5 i 6 niniejszego

paragrafu, zlicza się wyłącznie składki podstawowe wymagalne i wpłacone przez Ubezpieczającego za pierwszy rok polisy.

8. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej wartość sumy składek podstawowych, o której mowa w ust. 5 i 6 niniejszego paragrafu, nie jest zaliczana na poczet wymagalnych i nieopłaconych przez Ubezpieczającego składek podstawowych.

Nadpłata składki podstawowej

§ 17

1. Ubezpieczający może dokonać nadpłaty składki podstawowej za więcej niż jeden pełny okres płatności określony w polisie, pod warunkiem uprzedniego złożenia zawiadomienia o zamiarze dokonania nadpłaty, nie później jednak niż w terminie 14 dni przed jej dokonaniem.
2. Jeżeli Ubezpieczający dokona nadpłaty składki podstawowej zgodnie z postanowieniami ust. 1 niniejszego paragrafu, nadpłata jest ewidencjonowana na rachunku nadpłat i zaliczana na poczet kolejnych składek podstawowych w terminach ich wymagalności. Jeżeli nadpłata przewyższa sumę składek podstawowych wymagalnych za okres zadeklarowany przez Ubezpieczającego we wniosku, do kwoty przewyższającej sumę składek podstawowych wymagalnych za ten okres stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Jeżeli Ubezpieczający dokona nadpłaty składki podstawowej bez powiadomienia Towarzystwa, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, kwota w wysokości składki podstawowej wymagalnej w terminie 14 dni od dnia dokonania nadpłaty zostanie zaliczona na poczet tej składki podstawowej w terminie jej wymagalności. Jeżeli pozostała kwota nadpłaty jest:
 - 1) nie niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów – Towarzystwo dokona alokacji środków pochodzących z nadpłaty na zasadach dotyczących alokacji składki dodatkowej i zewidencjonuje nabyte za nie jednostki uczestnictwa na rachunku dodatkowym; jeżeli Ubezpieczający nie określił zasad alokacji składki dodatkowej, Towarzystwo dokona alokacji nadpłaty na zasadach dotyczących alokacji składki podstawowej i zewidencjonuje nabyte jednostki uczestnictwa na rachunku dodatkowym;
 - 2) niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów – Towarzystwo zewidencjonuje nadpłatę na rachunku nadpłat.

Prolongata

§ 18

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do 90-dniowego okresu prolongaty płatności składki podstawowej liczonego od dnia wymagalności składki podstawowej.
2. Prolongata nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia wymagalnej składki podstawowej i nie skutkuje zmianą terminu jej wymagalności.

Zawieszenie opłacania składki podstawowej

§ 19

1. Zawieszenie opłacania składki podstawowej może nastąpić począwszy od piątej rocznicy polisy pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych składek podstawowych za okres pierwszych pięciu lat polisy.
2. Zawieszenie opłacania składki podstawowej następuje:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego doręczony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty bądź

- 2) po upływie okresu prolongaty, jeżeli w tym terminie nie zostały zapłacone wymagalne składki podstawowe, o ile Ubezpieczający nie złożył wniosku o wypłatę wartości polisy.

3. We wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) niniejszego paragrafu, Ubezpieczający jest zobowiązany wskazać okres zawieszenia opłacania składki podstawowej. Jeżeli okres zawieszenia opłacania składki podstawowej nie zostanie wskazany przez Ubezpieczającego, zawieszenie opłacania składki podstawowej następuje na czas nieokreślony.
4. W przypadku gdy zawieszenie opłacania składki podstawowej nastąpiło na podstawie wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) niniejszego paragrafu, na czas określony, wznowienie opłacania składki podstawowej nastąpi z dniem wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po upływie okresu zadeklarowanego we wniosku, chyba że Ubezpieczający złoży wniosek o skrócenie terminu zawieszenia opłacania składki podstawowej, a Towarzystwo wyrazi zgodę na skrócenie tego terminu.
5. W przypadku gdy zawieszenie opłacania składki podstawowej nastąpiło na podstawie wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) niniejszego paragrafu, na czas nieokreślony, bądź na zasadach określonych w ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu, wznowienie opłacania składki podstawowej nastąpi z dniem wymagalności składki podstawowej przypadającym bezpośrednio po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej, o ile Ubezpieczający nie wniósł o wznowienie opłacania składki podstawowej w terminie późniejszym, a Towarzystwo wyraziło na to zgodę.
6. W okresie zawieszenia opłacania składki podstawowej Ubezpieczający może dokonywać wpłat wyłącznie z tytułu składki dodatkowej. Pozostałe wpłaty są ewidencjonowane na rachunku nadpłat.
7. Zawieszenie opłacania składki podstawowej skutkuje wydłużeniem okresu określonego w § 44 OWU, w którym jest należna opłata likwidacyjna, o okres na jaki nastąpiło zawieszenie opłacania składki podstawowej. Dla celów ustalenia okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, przyjmuje się, że każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy okresu zawieszenia opłacania składki podstawowej jest liczony jako pełny miesiąc.

Zmiana częstotliwości opłacania składki podstawowej

§ 20

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający może dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej.
2. W celu dokonania zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Warunkiem wyrażenia przez Towarzystwo zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki podstawowej jest opłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich składek podstawowych wymagalnych do dnia doręczenia wniosku Towarzystwu.
4. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu decyzję o wyrażeniu zgody lub o odmowie wyrażenia zgody na zmianę częstotliwości opłacania składki podstawowej w terminie 14 dni od dnia doręczenia wniosku Towarzystwu.

Zmiana wysokości składki podstawowej

§ 21

1. W każdą rocznicę polisy Ubezpieczający może dokonać zmiany wysokości opłacanej składki podstawowej, z zastrzeżeniem że w okresie pierwszych pięciu lat polisy składka podstawowa nie może ulec obniżeniu poniżej wysokości składki podstawowej obowiązującej w dacie rozpoczęcia ochrony.
2. Począwszy od piątej rocznicy polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo obniżenia wysokości składki podstawowej, z zastrzeżeniem

że składka podstawowa nie może być niższa od minimalnej wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.

3. Składka podstawowa może zostać podwyższona o kwotę nie niższą niż określona w Tabeli opłat i limitów.
4. W celu dokonania zmiany wysokości składki podstawowej Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
5. Warunkiem wyrażenia przez Towarzystwo zgody na zmianę wysokości składki podstawowej jest opłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich składek podstawowych wymagalnych do dnia doręczenia wniosku Towarzystwu.
6. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu decyzję o wyrażeniu zgody lub odmowie wyrażenia zgody na zmianę wysokości składki podstawowej w terminie 14 dni od dnia doręczenia wniosku Towarzystwu.

Indeksacja składki podstawowej

§ 22

1. W każdym roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie składki podstawowej o wskaźnik ustalony przez Towarzystwo na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego nie później niż na 3 miesiące przed rocznicą polisy, nie mniej jednak niż o 3%.
2. Towarzystwo przesyła Ubezpieczającemu propozycję podwyższenia składki podstawowej nie później niż w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
3. W przypadku niewyrażenia zgody na propozycję podwyższenia składki podstawowej Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu zawiadomienie o odmowie zgody na propozycję podwyższenia składki podstawowej nie później niż w terminie 14 dni przed rocznicą polisy, od której podwyższenie wysokości składki podstawowej ma być dokonane. Strony ustalają, że niedoręczenie Towarzystwu zawiadomienia o odmowie zgody na propozycję podwyższenia składki podstawowej w terminie określonym w zdaniu poprzedzającym oznacza akceptację propozycji Towarzystwa.

Składka dodatkowa

§ 23

1. Ubezpieczający ma prawo opłacania składki dodatkowej w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Składkę dodatkową uznaje się za zapłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa z tytułu składki dodatkowej, wskazanego w polisie jako właściwy do jej opłacania, o ile wpłacona kwota jest nie niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów.
3. W razie zaległości w opłacaniu składki podstawowej, o ile na rachunku nadpłat brak środków na pokrycie kolejnej wymagalnej składki podstawowej, wpłaconą przez Ubezpieczającego kwotę z tytułu składki dodatkowej Towarzystwo zalicza w pierwszej kolejności na poczet składki podstawowej najwcześniejszej wymaganej. Pozostała kwota powiększona o środki pieniężne wpłacone przez Ubezpieczającego – na rachunek bankowy wskazany w polisie jako właściwy do opłacania składki dodatkowej – i zewidencjonowane na rachunku nadpłat, o ile jest:
 - 1) nie niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów – podlega alokacji na zasadach dotyczących składki dodatkowej, a nabyte za nią jednostki uczestnictwa są ewidencjonowane na rachunku dodatkowym; jeżeli Ubezpieczający nie określił zasad alokacji składki dodatkowej Towarzystwo dokona alokacji tej kwoty na zasadach dotyczących składki podstawowej, a nabyte za nią jednostki uczestnictwa zewidencjonuje na rachunku dodatkowym;

2) niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów – Towarzystwo zewidencjonuje ją na rachunku nadpłat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 niniejszego paragrafu.

4. Jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego z tytułu składki dodatkowej jest niższa niż minimalna wysokość składki dodatkowej określona w Tabeli opłat i limitów, Ubezpieczający może dokonać dopłaty do minimalnej wysokości składki dodatkowej w terminie 14 dni od dnia dokonania wpłaty. W przypadku gdy Ubezpieczający nie dokona dopłaty, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zewidencjonuje wpłacone środki na rachunku nadpłat.

Rachunek podstawowy

§ 24

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek podstawowy, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składkę podstawową.
2. Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego i jest przeliczana na jednostki uczestnictwa.
3. Liczba jednostek uczestnictwa danego funduszu nabywanych za składkę podstawową jest równa ilorazowi kwoty przypadającej na nabycie jednostek uczestnictwa tego funduszu i ceny jego jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia.

Rachunek dodatkowy

§ 25

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek dodatkowy, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składkę dodatkową.
2. Składka dodatkowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego i jest przeliczana na jednostki uczestnictwa.
3. Liczba jednostek uczestnictwa danego funduszu nabywanych za składkę dodatkową jest równa ilorazowi kwoty przypadającej na nabycie jednostek uczestnictwa tego funduszu i ceny jego jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie określił odrębnych zasad alokacji składki dodatkowej, Towarzystwo dokona alokacji składki dodatkowej na zasadach dotyczących składki podstawowej, obowiązujących w dniu dokonania alokacji składki dodatkowej, a nabyte za nią jednostki uczestnictwa zewidencjonuje na rachunku dodatkowym.

Alokacja

§ 26

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej i dodatkowej. Ubezpieczający może również złożyć odrębną dyspozycję alokacji składki dodatkowej.
2. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest uprawniony do zmiany dyspozycji, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.
3. Alokacja określa procentowy udział ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w składce podstawowej i odpowiednio w składce dodatkowej z dokładnością do jednego procentu, z zastrzeżeniem że udział jednostek uczestnictwa jednego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w składce podstawowej oraz odpowiednio w składce dodatkowej nie może być niższy niż 10%.
4. Towarzystwo dokonuje zmiany alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia złożenia dyspozycji przez Ubezpieczającego.
5. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie czterech pierwszych zmian alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej w danym roku po-

lisy. Dokonanie każdej kolejnej zmiany alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej podlega opłacie określonej w Tabeli opłat i limitów.

6. Wartość, o której mowa w § 16 ust. 5–6 OWU, stanowi element składki podstawowej i podlega alokacji zgodnie ze złożoną przez Ubezpieczającego dyspozycją alokacji składki podstawowej. Ubezpieczający nie jest uprawniony do złożenia odrębnej dyspozycji w przedmiocie alokacji tej kwoty.

Konwersja

§ 27

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest uprawniony do dokonywania konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku podstawowego bądź odrębnie w ramach rachunku dodatkowego.
2. W celu dokonania konwersji Ubezpieczający powinien złożyć Towarzystwu dyspozycję konwersji.
3. Konwersji dokonuje się poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa według ceny obowiązującej w dniu umorzenia i przeliczenie uzyskanych środków na jednostki uczestnictwa innego funduszu według ich ceny z dnia przeliczenia.
4. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie czterech pierwszych konwersji w danym roku polisy. Kolejne konwersje w danym roku polisy, dokonane przez Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, podlegają opłacie określonej w Tabeli opłat i limitów.

Wypłata części wartości polisy

§ 28

1. Począwszy od piątej rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wszystkich składek podstawowych wymagalnych w okresie pierwszych pięciu lat polisy, Ubezpieczający może dokonać wypłaty części wartości podstawowej polisy na rzecz Beneficjenta wykupu. Towarzystwo odmówi wypłaty i poinformuje Ubezpieczającego, jeżeli wysokość środków przeznaczonych do wypłaty lub wartość podstawowa polisy po dokonaniu wnioskowanej wypłaty byłaby niższe niż określone w Tabeli opłat i limitów.
2. W okresie obowiązywania umowy Ubezpieczający może dokonać wypłaty na rzecz Beneficjenta wykupu:
 - 1) wartości dodatkowej polisy;
 - 2) części wartości dodatkowej polisy.Towarzystwo odmówi wypłaty i poinformuje Ubezpieczającego, jeżeli wysokość środków przeznaczonych do wypłaty lub wartość dodatkowa polisy po dokonaniu wnioskowanej wypłaty byłaby niższe niż określone w Tabeli opłat i limitów.
3. W celu dokonania wypłaty części wartości podstawowej polisy, wartości dodatkowej polisy lub odpowiednio części wartości dodatkowej polisy, Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wypłaty.
4. W celu dokonania wypłaty części wartości podstawowej polisy, wartości dodatkowej polisy lub odpowiednio części wartości dodatkowej polisy, Towarzystwo umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku podstawowym lub odpowiednio na rachunku dodatkowym, po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu ich umorzenia. Jeżeli we wniosku o dokonanie wypłaty części wartości podstawowej polisy lub odpowiednio części wartości dodatkowej polisy, Ubezpieczający nie wskazał ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki uczestnictwa podlegają umorzeniu, Towarzystwo dokona umorzenia jednostek uczestnictwa proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz odpowiednio na rachunku dodatkowym.
5. Towarzystwo dokonuje jednorazowej wypłaty części wartości podstawowej polisy, części wartości dodatkowej polisy oraz odpowiednio wartości dodatkowej polisy, w terminie 10 dni roboczych od

dnia doręczenia Towarzystwu wniosku o dokonanie wypłaty, pod warunkiem przedstawienia przez Ubezpieczającego potwierdzonej przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa kopii dokumentu potwierdzającego jego tożsamość oraz tożsamość Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony jest Beneficjentem wykupu.

6. Kwota części wartości podstawowej polisy przeznaczona do wypłaty jest pomniejszana o należną opłatę likwidacyjną oraz opłatę od wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
7. W przypadku niespełnienia warunków, o których mowa w ust. 1 lub odpowiednio w ust. 2 pkt 2) niniejszego paragrafu, bądź gdy kwota do wypłaty byłaby niższa od należnej opłaty likwidacyjnej i opłaty od wykupu, Towarzystwo odmówi zgody na dokonanie wypłaty i przesyła Ubezpieczającemu informację o odmowie jej dokonania.

Wypłata wartości polisy

§ 29

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na skutek okoliczności, o których mowa w § 33 pkt 1) oraz pkt. 3)–4) OWU, Towarzystwo dokona umorzenia jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz na rachunku dodatkowym, po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, następującego nie później niż w terminie 24 dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia. Środki pieniężne uzyskane z tytułu umorzenia jednostek uczestnictwa, zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzedzającym, nie są oprocentowane oraz nie podlegają alokacji i są przechowywane przez Towarzystwo do czasu wypłaty wartości polisy na rzecz Beneficjenta wykupu.
2. W celu dokonania wypłaty wartości polisy Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wypłaty wartości polisy oraz przedłożyć potwierdzoną przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość oraz tożsamość Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony jest Beneficjentem wykupu. Złożenie wniosku o wypłatę skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Postanowienie ust. 1 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo dokonuje jednorazowej wypłaty wartości polisy w terminie 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu wniosku i przedstawienia dokumentów, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
4. Kwota wartości polisy przeznaczona do wypłaty jest pomniejszana o należną opłatę likwidacyjną oraz opłatę od wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 30

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez doręczenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający może odwołać doręczone Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jeżeli:
 - 1) nie złożył wniosku o wypłatę wartości polisy zgodnie z postanowieniami § 29 ust. 2 OWU, albo
 - 2) złożył wniosek o wypłatę wartości polisy zgodnie z postanowieniami § 29 ust. 2 OWU – o ile przed dniem rozpoznania odwołania oświadczenia o wypowiedzeniu umowy Towarzystwo nie dokonało umorzenia jednostek uczestnictwa w celu dokonania wypłaty wartości polisy.
3. Jeżeli oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy zostało skutecznie odwołane, zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu, Towarzystwo pobiera opłatę operacyjną w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów w przypadku, gdy Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia przed upływem piątej rocznicy polisy.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 31

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, w terminie 45 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni.
2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego składkę podstawową i składkę dodatkową:
 - 1) powiększoną bądź pomniejszoną o kwotę wynikającą z różnicy cen jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku podstawowym i na rachunku dodatkowym Ubezpieczającego, obowiązujących w dniu umorzenia i w dniu przeliczenia, oraz
 - 2) pomniejszoną o opłaty pobrane przez Towarzystwo, należne w okresie, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu ochrony ubezpieczeniowej,

w terminie 10 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia.
3. W celu ustalenia kwoty należnej Ubezpieczającemu w związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia Towarzystwo umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku podstawowym oraz na rachunku dodatkowym, po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu umorzenia.

Wznowienie umowy ubezpieczenia

§ 32

1. W przypadku zaległości w zapłacie składki podstawowej po upływie okresu prolongaty, jeżeli okres prolongaty rozpoczął się przed piątą rocznicą polisy, Ubezpieczający może doręczyć Towarzystwu wniosek o wznowienie umowy ubezpieczenia w terminie 90 dni od dnia zakończenia okresu prolongaty, jeżeli do dnia upływu tego okresu Ubezpieczający opłaci wymagalne składki podstawowe.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, środki pieniężne uzyskane z umorzenia jednostek uczestnictwa po upływie okresu prolongaty, stosownie do § 29 ust. 1 OWU, w części pochodzącej z umorzenia jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku podstawowym, podlegają alokacji zgodnie z zasadami dotyczącymi składki podstawowej, a w pozostałej części – zgodnie z zasadami dotyczącymi składki dodatkowej.
3. W przypadku wznowienia umowy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu Towarzystwo pobiera opłatę operacyjną z tytułu wznowienia opłacania składki podstawowej w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 33

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

- 1) z dniem złożenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, chyba że w oświadczeniu Ubezpieczający wskazał termin późniejszy;
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 3) po upływie 90 dni od dnia zakończenia okresu prolongaty – jeżeli wymagalne składki podstawowe nie zostały zapłacone w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do ich zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni, jeżeli okres prolongaty rozpoczął się przed piątą rocznicą polisy, chyba że do dnia upływu tego okresu Ubezpieczający opłaci wymagalne składki podstawowe i doręczy Towarzystwu wniosek o wznowienie umowy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 32 OWU;

- 4) z dniem, w którym wartość podstawowa polisy jest niższa niż minimalna wartość podstawowa polisy określona w Tabeli opłat i limitów, o ile od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia upłynęło więcej niż 5 lat.

Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 34

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Towarzystwu przez osobę uprawnioną następujących dokumentów lub ich kopii potwierdzonych przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa:
 - 1) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca Ubezpieczonego;
 - 4) innych dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Dokumenty urzędowe, o których mowa w ust. 2 pkt. 1)–4) niniejszego paragrafu, sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone za zgodność z prawem miejsca ich wystawienia i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W celu dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku podstawowym oraz na rachunku dodatkowym, po cenie jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu umorzenia.
5. Towarzystwo dokonuje jednorazowej wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

Forma wypłaty

§ 35

1. Wszelkie wypłaty na rzecz osób uprawnionych z tytułu umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej.
2. W przypadku dokonania wypłaty przekazem pocztowym Towarzystwo potrąci z kwoty wypłacanej Beneficjentowi wykupu należną opłatę z tytułu przekazu pocztowego.

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

§ 36

1. W celu inwestowania środków pochodzących ze składek podstawowych oraz składek dodatkowych Towarzystwo oferuje Ubezpieczającym ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, różniące się strukturą i kategoriami lokat, a tym samym wynikami inwestycyjnymi i profilem ryzyka.
2. Prawo ustalenia alokacji, a tym samym prawo wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w których jednostki uczestnictwa będą inwestowane środki pochodzące ze składek podstawowych lub składek dodatkowych, przysługuje Ubezpieczającemu.
3. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem środków pochodzących ze składek podstawowych oraz składek dodatkowych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych ponosi Ubezpieczający.

§ 37

1. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jest podzielony na jednostki uczestnictwa o równej wartości.
2. Wartość aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest ustalana zgodnie z postanowieniami jego regulaminu.
3. Zmiana wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest odzwierciedlona w zmianie wartości jednostki uczestnictwa tego funduszu.
4. Cenę jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, po której nabywane i umarzane są jednostki uczestnictwa tego funduszu, ustala się w dniach wyceny poprzez podzielenie wartości aktywów netto przez liczbę jednostek uczestnictwa tego funduszu. Ceną jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, obowiązującą w danym dniu, jest cena ustalona w dniu wyceny tego funduszu określonym w regulaminie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, poprzedzającym ten dzień.
5. Kategorie lokat, limity inwestycyjne, terminy dokonywania wyceny oraz zasady ustalania ceny jednostki uczestnictwa danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określa regulamin właściwego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

§ 38

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo połączenia lub podzielenia jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego poprzez zwiększenie lub zmniejszenie ich liczby skutkujące odpowiednią zmianą ich ceny.
2. Połączenie lub podzielenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie ma wpływu na wartość aktywów tego funduszu ani na wartość polisy.
3. Połączenie lub podzielenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.

§ 39

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo jest uprawnione do likwidacji oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz do wprowadzenia do oferty innych funduszy. Likwidacja ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz wprowadzenie do oferty innych funduszy nie stanowią zmiany umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, nie później niż w terminie 60 dni przed datą likwidacji, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach likwidacji funduszu, wyznaczając mu 30-dniowy termin, w którym może złożyć dyspozycję dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu.
3. Jeżeli Ubezpieczający złoży dyspozycje, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, Towarzystwo dokona konwersji jednostek uczestnictwa zlikwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki uczestnictwa funduszu wskazanego przez Ubezpieczającego oraz dokona zmiany alokacji.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji konwersji jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu, o której mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, Towarzystwo dokona konwersji jednostek uczestnictwa likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego – o zbliżonym, według przekonania Towarzystwa, profilu ryzyka – wskazanego Ubezpieczającemu w piśmie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu, o której mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, Towarzystwo dokona zmiany alokacji, określając procentowy udział składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4 niniejszego paragrafu.
6. Jeżeli w terminie 30 dni przed dniem likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego Ubezpieczający złoży dyspozycję konwersji

bądź zmiany alokacji składki podstawowej lub składki dodatkowej, która miałaby skutkować nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu, Towarzystwo odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia złożenia takiej dyspozycji.

7. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie konwersji i zmianę alokacji w przypadku określonym w niniejszym paragrafie.

Opłaty

§ 40

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe;
 - 2) opłatę administracyjną;
 - 3) opłatę za zarządzanie;
 - 4) opłatę likwidacyjną;
 - 5) opłatę od wykupu;
 - 6) opłatę operacyjną.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w ust. 1 pkt. 1)–3), w wysokości proporcjonalnej do okresu za który są należne.
3. Wysokość opłat oraz limitów, o których mowa w niniejszych OWU, określa Tabela opłat i limitów.
4. Opłaty pobierane przez Towarzystwo odliczane są odpowiednio z rachunku podstawowego lub z rachunku dodatkowego, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy odpowiednio w wartości podstawowej polisy lub w wartości dodatkowej polisy.

Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe

§ 41

1. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana za okres udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest ustalana kwotowo na podstawie wieku Ubezpieczonego.
3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana na koniec każdego miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunku podstawowym Ubezpieczającego według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia.

Opłata administracyjna

§ 42

1. Opłata administracyjna jest pobierana za obsługę umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo.
2. Opłata administracyjna jest określona kwotowo.
3. Opłata administracyjna jest pobierana na koniec każdego miesiąca kalendarzowego, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym Ubezpieczającego według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia.
4. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty administracyjnej o wskaźnik ustalony przez Towarzystwo na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług publikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego z ostatnich 12 miesięcy. Indeksacja opłaty administracyjnej zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzedzającym nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.

Opłata za zarządzanie

§ 43

1. Opłata za zarządzanie jest pobierana odrębnie za zarządzanie aktywami każdego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, którego jednostki uczestnictwa były zewidencjonowane na rachunku podstawowym i rachunku dodatkowym Ubezpieczającego.
2. Opłata za zarządzanie jest określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa każdego z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych odpowiednio na rachunku podstawowym lub na rachunku dodatkowym.
3. Opłata za zarządzanie jest naliczana w każdym dniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Opłata za zarządzanie jest pobierana na koniec każdego miesiąca kalendarzowego, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz na rachunku dodatkowym według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia. W przypadku konwersji lub wypłaty części wartości polisy Towarzystwo pobierze część opłaty za zarządzanie za okres do dnia odpowiednio – dokonania konwersji lub wypłaty części wartości polisy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa. Pozostała część opłaty za zarządzanie jest pobierana na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym konwersja lub wypłata części wartości polisy została dokonana.
5. Jeżeli w dacie pobrania opłaty wartość jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, za zarządzanie którym opłata jest pobierana, zewidencjonowanych odpowiednio na rachunku podstawowym lub rachunku dodatkowym jest niższa od należnej opłaty za zarządzanie, Towarzystwo pobiera pozostałą część opłaty za zarządzanie poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa pozostałych funduszy w proporcji, w jakiej wartość tych jednostek uczestnictwa pozostaje odpowiednio do wartości podstawowej lub wartości dodatkowej.
6. Niezależnie od opłaty pobieranej zgodnie z postanowieniami ust. 1–5 niniejszego paragrafu, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych określonych w Tabeli opłat i limitów, Towarzystwo pobiera również opłatę za zarządzanie w wysokości i na warunkach określonych w regulaminach tych funduszy.

Opłata likwidacyjna

§ 44

1. Opłata likwidacyjna jest pobierana od kwot należnych Ubezpieczającemu z tytułu:
 - 1) wypłaty wartości polisy, z wyłączeniem wypłaty wartości polisy wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w przypadku określonym w § 51 ust. 8;
 - 2) wypłaty części wartości podstawowej polisy; w przypadku złożenia wniosku o dokonanie takiej wypłaty lub w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w okresie pierwszych dziesięciu lat polisy, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 7 OWU.
2. Opłata likwidacyjna stanowi iloczyn wskaźnika określonego w Tabeli opłat i limitów oraz łącznej wysokości składki podstawowej należnej za pierwszy rok polisy, z zastrzeżeniem że w przypadku wypłaty części wartości podstawowej polisy opłata likwidacyjna jest pobierana w proporcji, w jakiej kwota części wartości podstawowej polisy pozostaje w dniu naliczenia opłaty likwidacyjnej do wartości podstawowej polisy.
3. Opłata likwidacyjna jest pobierana przez Towarzystwo w dniu umorzenia jednostek uczestnictwa, dokonanego w celu wypłaty wartości polisy lub części wartości podstawowej polisy poprzez potrącenie opłaty likwidacyjnej z kwoty należnej Beneficjentowi wykupu.

4. Jeżeli wartość podstawowa polisy jest niższa od należnej opłaty likwidacyjnej, Towarzystwo pobiera opłatę likwidacyjną w wysokości wartości podstawowej polisy.

Opłata od wykupu

§ 45

1. Opłata od wykupu jest pobierana od kwot należnych Ubezpieczającemu z tytułu:
 - 1) wypłaty wartości polisy, z wyłączeniem wypłaty wartości polisy wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w przypadku określonym w § 51 ust. 8;
 - 2) wypłaty części wartości podstawowej polisy; w przypadku złożenia wniosku o dokonanie takiej wypłaty w okresie pierwszych dwudziestu lat polisy.
2. Opłata od wykupu jest określona procentowo w stosunku w jakim w dniu jej naliczenia pozostaje do wypłaty wartości podstawowej polisy lub odpowiednio do wypłaty części wartości podstawowej.
3. Opłata od wykupu jest pobierana przez Towarzystwo w dniu umorzenia jednostek uczestnictwa, dokonanego w celu wypłaty wartości podstawowej polisy lub części wartości podstawowej polisy poprzez potrącenie tej opłaty z kwoty należnej Beneficjentowi wykupu.

Opłata operacyjna

§ 46

1. Towarzystwo pobiera opłatę operacyjną z tytułu:
 - 1) obniżenia składki podstawowej;
 - 2) zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej;
 - 3) konwersji;
 - 4) zmiany alokacji;
 - 5) wznowienia opłacania składki podstawowej przed piątą rocznicą polisy;
 - 6) odwołania oświadczenia o wypowiedzeniu umowy przed piątą rocznicą polisy.
2. Opłata operacyjna jest określona kwotowo.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu, opłata operacyjna jest pobierana w dniu wykonania dyspozycji Ubezpieczającego, za wykonanie której opłata jest należna, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia.
4. Opłata operacyjna z tytułu wznowienia opłacania składki podstawowej jest pobierana w dniu wymagalności składki podstawowej, przypadającym bezpośrednio po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o wznowienie opłacania składki podstawowej, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zewidencjonowanych na rachunku podstawowym według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia.

Skargi i zażalenia

§ 47

1. Osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie w siedzibie Towarzystwa lub przesyłane na adres Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia.

3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia nie jest możliwe w tym terminie Towarzystwo poinformuje o tym osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie skargi lub zażalenia stało się możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z tą osobą.
5. Niezależnie od trybu określonego w niniejszym paragrafie organem uprawnionym do rozpatrywania skarg i zażaleń na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Sąd właściwy do rozstrzygania sporów

§ 48

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwym dla siedziby Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Okres obowiązywania umowy ubezpieczenia

§ 49

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 50

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Postanowienia końcowe

§ 51

1. O ile OWU nie stanowią inaczej, odwołanie oświadczenia – w tym wniosku lub dyspozycji – jest skuteczne, jeżeli zostało doręczone Towarzystwu nie później niż w tym wnioskiem lub dyspozycją.
2. W przypadku doręczenia Towarzystwu kolejnej dyspozycji przed upływem terminu na wykonanie poprzedniej dyspozycji, określony w OWU termin realizacji kolejnej dyspozycji ulega wydłużeniu i jest liczony począwszy od dnia, w którym upłynął termin realizacji poprzedniej dyspozycji.
3. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji zostały wypełnione nieprawidłowo lub są niekompletne.
4. W przypadku niepowiadomienia Towarzystwa o zmianie adresu Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, pisma przesłane do tych osób na ostatni adres wskazany Towarzystwu wywierają skutki nimi przewidziane po upływie 30 dni od daty nadania w placówce pocztowej.

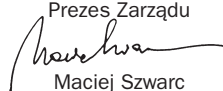
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie. Oświadczenia i zawiadomienia składane Towarzystwu powinny być przesyłane na adres Towarzystwa bądź składane osobiście w jego siedzibie.
6. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, jeżeli Ubezpieczający zapoznał się z regulaminem świadczenia przez Towarzystwo usług drogą elektroniczną i wyraził pisemną zgodę na uznawanie mocy wiążącej oświadczeń i zawiadomień składanych na zasadach określonych w powołanym regulaminie.
7. W przypadku gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do dokonania zmiany umowy ubezpieczenia jest wymagana zgoda Ubezpieczonego, złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia dotyczącego zmiany umowy ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczonego, który upoważnił Ubezpieczającego do jej wyrażenia. Dodatkowo w takim przypadku, wraz z oświadczeniem dotyczącym zmiany umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Towarzystwu oświadczenie Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia, jeżeli nie upoważnił Ubezpieczającego do dokonania tej czynności lub odwołał takie upoważnienie.
8. Regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych mogą ulegać zmianie w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W takim przypadku Towarzystwo jest zobowiązane doręczyć Ubezpieczającemu informację o zmianie regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Ubezpieczający będzie związany tą zmianą, jeśli nie wypowie umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia doręczenia informacji.
9. Z zastrzeżeniem postanowień § 42 ust. 4 OWU, Tabela opłat i limitów może zostać zmieniona w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto zmiana, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, może mieć miejsce wyłącznie na korzyść Ubezpieczającego. Towarzystwo jest zobowiązane doręczyć Ubezpieczającemu informację o zmianie Tabeli opłat i limitów przynajmniej 30 dni przed jej wprowadzeniem, a Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia przed upływem tego terminu. Inne zmiany Tabeli opłat i limitów mają zastosowanie wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych po- cząwszy od dnia wejścia w życie tych zmian.

§ 52

W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz przepisy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 53

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia PRE/08/07/18 zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/10/07/2008 z dnia 10 lipca 2008 r. i zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/25/03/2010 z dnia 25 marca 2010 r.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia PRE/08/07/18 wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2010 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tym dniu.

Prezes Zarządu

 Maciej Szwarz

Członek Zarządu

 Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 96 milionów klientów w 57 krajach.

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

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl

3940111