

# Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

**Formularz do OWU** – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 3 ust. 2, 3, 4  
§ 12; § 38

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 10 ust. 2 pkt 1)  
§ 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy  
§ 16; § 17  
§ 26 ust. 2, 3

## I. UMOWA UBEZPIECZENIA

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do *umów ubezpieczenia* zawieranych pomiędzy Stronami: AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a *Ubezpieczającymi*.

### Umowa ubezpieczenia

#### § 2

Na treść *umowy ubezpieczenia* składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie *umowy ubezpieczenia* na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa* ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej *polisą*;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez *Ubezpieczającego*, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część *umowy ubezpieczenia*.

Warunki zawartej *umowy ubezpieczenia* określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

### Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

#### § 3

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji *Ubezpiezonego*.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpiezonego*.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpiezonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie *umów dodatkowych* na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

### W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

#### § 4

- Przed zawarciem *umowy ubezpieczenia* Towarzystwo przekazuje *Ubezpieczającemu* OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia* zawierana jest na podstawie złożonego przez *Ubezpieczającego*, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
- Ubezpieczający* jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

Podstawą zawarcia *umowy ubezpieczenia* jest poprawnie wypełniony wniosek.

- Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, *Ubezpieczający* jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.

- Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia *umowy ubezpieczenia*.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia *polisę*, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją *Ubezpieczającemu*.

Towarzystwo może poprosić *Ubezpieczającego* o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagą na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo.

Towarzystwo potwierdza zawarcie *umowy ubezpieczenia* *polisą*.

### Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpiezonego

#### § 5

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
  - została opłacona składka w należytym wysokości;
  - został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
  - została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem *Ubezpiezonego*.
- Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w *polisie*.

Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w *polisie*, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

### Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

#### § 6

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
  - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
  - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
  - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
  - odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
  - określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
  - określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. zaproponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych *umów dodatkowych*.

## Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu

### § 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą odmiennego oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

## W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

### § 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
  - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
  - 2) zakresu ubezpieczenia;
  - 3) wieku osoby objętej ochroną ubezpieczeniową;
  - 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie.

## W jaki sposób opłacana jest składka

### § 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składki.

## Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

### § 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
  - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należnej;
  - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
  - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
  - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
  - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłacaniu składek. W przypadku nieopłacenia należnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia.

W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

## Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

### § 11

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni nie złoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeśli Ubezpieczający złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiąże się ostatniego dnia roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważnił Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaże Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaże ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo zaproponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

## II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

### Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

#### § 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

### Uposażony

#### § 13

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

### Wypłata świadczenia

#### § 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej [www.axa.pl](http://www.axa.pl).
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przed-

stawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której *Ubezpieczony* był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.

3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym *Ubezpieczającego* lub *Ubezpieczonego* – w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu *umowy ubezpieczenia*.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz *Ubezpieczonego* – w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz *Ubezpieczonego* w zakresie *umów dodatkowych*, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacane jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

### III. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.

#### Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

##### § 15

1. *Karencja* określona jest w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

#### Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

##### § 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* oraz *umów dodatkowych*, nastąpi wskutek:
  - 1) działań wojennych, zbrojnych lub terroryzmu albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa *Ubezpieczonego* w aktach przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach i zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 2) popełnionego przez *Ubezpieczonego* samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* nastąpi wskutek:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia *Ubezpieczonego* na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
  - 2) choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV;
  - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie *umów dodatkowych* jest następstwem:
  - 1) spożycia przez *Ubezpieczonego* alkoholu w ilości powodującej, że wartość alkoholu w 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 dm<sup>3</sup>; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
  - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez *Ubezpieczonego* czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
  - 3) uprawiania przez *Ubezpieczonego* następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawiania sportów walki) oraz udziału *Ubezpieczonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem;
  - 4) pełnienia przez *Ubezpieczonego* służby wojskowej;
  - 5) prowadzenia przez *Ubezpieczonego* pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli *Ubezpieczony* nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
4. Wylączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do *umowy podstawowej* oraz wszystkich *umów dodatkowych*, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
  5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie *umowy podstawowej* lub *umów dodatkowych* spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
  6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu *umowy dodatkowej* jest życie lub zdrowie innych osób niż *Ubezpieczony*, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, rodziców *Ubezpieczonego*, rodziców *współmałżonka*, dziecka.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

#### Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

##### § 17

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajona została *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

### IV. OBOWIĄZKI

#### Jakie są obowiązki *Ubezpieczającego* względem Towarzystwa

##### § 18

1. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień *umowy ubezpieczenia*.
3. *Ubezpieczający* zobowiązany jest do terminowego opłacenia składki.
4. *Ubezpieczający* zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach *umowy ubezpieczenia*. Jeżeli Towarzystwo zawarło *umowę ubezpieczenia* mimo braku odpowiedzi *Ubezpieczającego* na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W przypadku *umowy ubezpieczenia* zawieranej na cudzy rachunek *Ubezpieczający* przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do *umowy ubezpieczenia* oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. *Ubezpieczający* przekazuje *Ubezpieczonym*, na piśmie lub – jeżeli *Ubezpieczony* wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
  - 1) zmianach warunków *umowy* lub prawa właściwego dla zawartej *umowy* wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy* – przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę warunków *umowy* lub prawa właściwego dla *umowy ubezpieczenia*;
  - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej *umowy ubezpieczenia*, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania *umowy ubezpieczenia* – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo *Ubezpieczającemu*;

- 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 ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.



Do obowiązków Ubezpieczającego należy w szczególności:

- informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
- opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy;
- udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach;
- w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy Ubezpieczony finansuje składkę, warunków umowy ubezpieczenia.

## Jakie są obowiązki Towarzystwa

### § 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- doręczenia Ubezpieczającemu OWU i OWUD;
- doręczenia Ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
- prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

## Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

### § 20

- Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
- Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

## V. REZYGNACJA, WYPOWIEDZENIE, ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

#### § 21

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.



Ubezpieczający może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach.

### Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

#### § 22

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.



Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

### Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

#### § 23

- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
  - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
  - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
  - z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
  - z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia;
  - z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;

- z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
- w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
- z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę przedłużenia umowy na kolejny okres.

## Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

### § 24

- Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania umowy wypowiedzieć umowę. Rozwiązanie Umowy następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręczonego Towarzystwu ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

## Zmiana umowy ubezpieczenia

### § 25

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę.

## Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

### § 26

- Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o dokonanie zmian Ubezpieczający zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.
- W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazywana jest w polisie.
- W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.



Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

## VI. UMOWY DODATKOWE



Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wypowiedzane i rozwiązywane.

## Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych



Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

## W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa

### § 27

- Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
- Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.



Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

## W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych

### § 28

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy podstawowej*, w trybie określonym w *umowie podstawowej*, a ponadto:
  - 1) z dniem rozwiązania *umowy dodatkowej*;
  - 2) z dniem odstąpienia od *umowy dodatkowej*.

## Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

### § 29

*Umowa dodatkowa* może być w każdym czasie wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku *polisy*.

## W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa

### § 30

*Umowa dodatkowa* rozwiązuje się z dniem rozwiązania *umowy podstawowej*, a także z ostatnim dniem roku *polisy*, w którym *Ubezpieczający* wypowiedział *umowę dodatkową*.

## W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej

### § 31

1. *Suma ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej* określona jest w *polisie*.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu *umowy dodatkowej* stosuje się postanowienia *umowy podstawowej* w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu *umowy podstawowej*.
3. Wysokość składki należnej z tytułu *umowy dodatkowej* określona jest w *polisie*.
4. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu *umowy podstawowej*.

## Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

### § 32

1. W *umowach dodatkowych* zastosowanie mają *karencje*, które są określone w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

## Postanowienia końcowe

### § 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

## VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

### Reklamacje, skargi i zażalenia

#### § 34

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
  - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
  - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
  - 3) ustnie – dzwoniąc pod numery 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 35 ust. 1 i 2.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

! W każdym przypadku *Ubezpieczony* lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia mogą wnieść reklamację zawierającą zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

11. 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).

## Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

### § 35

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*.

## VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

### Postanowienia końcowe

#### § 36

1. Za zgodą Stron do *umowy ubezpieczenia* mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące *umowy ubezpieczenia* z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

### Informacje o przepisach podatkowych

#### § 37

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 2 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
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.

## IX. DEFINICJE

### Co oznaczają poszczególne pojęcia

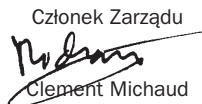
#### § 38

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część *umowy ubezpieczenia* oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek *pobytu dziecka w szpitalu* pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy *polisy* nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w *polisie* dzień, w którym należy jest Towarzystwu składka;
- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres *karencji* uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w *polisie*, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;

- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia *Ubezpieczonego* oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w *umowie dodatkowej* – *współmałżonka* lub *dziecka*, rodzica *Ubezpieczonego*, rodzica *współmałżonka*; *zawału serca*, *udaru mózgu* i innych *chorób*, nawet występujących nagle, nie uważa się za *nieszczęśliwy wypadek*; za *nieszczęśliwy wypadek* nie uznaje się także następstw zdrowotnych przecięcia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia* oraz warunki tej umowy, w tym wysokości *sum ubezpieczenia*;
- 7) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania *umowy ubezpieczenia*, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą *rocznicę polisy*, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym *rocznicę polisy*;
- 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w *polisie*, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające *Ubezpieczającemu* lub *Ubezpieczonemu* przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca *umowę ubezpieczenia* i zobowiązana do opłacania składek;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez *Ubezpieczającego* jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie *umowy podstawowej*;
- 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 16) **umowa ubezpieczenia** – *umowa podstawowa*, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o *umowy dodatkowe*, wówczas obejmuje również te *umowy dodatkowe*;
- 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 1/21/01/2016 z dnia 21 stycznia 2016 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. i wchodzą w życie z dniem 10 stycznia 2017 r.

Członek Zarządu  
  
 Clement Michaud

Członek Zarządu  
  
 Janusz Arczewski