



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Indeks KO/18/10/01

Ogólne warunki

ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce

Formularz do Ogólnych warunków Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce – indeks KO/18/10/01

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	§ 2
	§ 3
	§ 12
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust 2 i 3
	§ 9

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia Konkretna Ochrona dla Klientów AS Inbank S.A. Oddział w Polsce (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych z AXA Życie Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie (zwaną dalej Towarzystwem).
2. Niniejsze OWU stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia, określając prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia oraz Ubezpieczonych, a także regulują zasady, na jakich Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową i ją świadczy.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Bank** – AS INBANK z siedzibą w Tallinnie, przy ulicy Niine 11, Harju maakond, 10414, Estonia, działający w Polsce poprzez AS Inbank S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (00-446), przy ul. Fabrycznej 5a, pełniący rolę agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** (dotyczy wyłącznie osób, które nie mają ustalonego prawa do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 24 miesiące – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 3) **Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji** (dotyczy wyłącznie osób, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty) – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz samodzielnej egzystencji, orzeczona w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy na okres minimum 24 miesiące – stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, trwająca nieprzerwanie, co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień zapłaty Składek w wymaganej wysokości, będący jednocześnie dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 6) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio w przypadku:
 - a) śmierci – dzień zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego lub – w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data zaistnienia Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - c) Poważnego zachorowania – data zdiagnozowania Poważnego zachorowania wskazana w dokumentacji medycznej,
 - d) Pobytu w szpitalu oraz Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu wskazany w karcie informacyjnej wypisu ze Szpitala,
 - e) Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień zwolnienia lekarskiego;
- 7) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła Umowę ubezpieczenia za pośrednictwem Banku;
- 8) **Licencjonowane pasażerskie linie lotnicze** – podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU: zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – czas, przez jaki Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową na podstawie zawartej Umowy ubezpieczenia; maksymalny Okres ubezpieczenia wynosi 72 miesiące; Okres ubezpieczenia wskazany jest we Wnioskopolisie;
- 11) **Pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy Pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni; Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 12) **Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną całodobowy Pobyt w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 13) **Poważne zachorowanie** – jedna z niżej określonych chorób, o ile ich stwierdzenie przez lekarza nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
 - a) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów:
 - i) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych,
 - ii) leczenie lekami immunosupresyjnymi,
 - iii) leczenie czynnikami stymulującymi szpik,
 - iv) przeszczepienie szpiku kostnego;rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
 - b) **utrata wzroku w następstwie choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
 - c) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
 - e) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka;z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - i) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - ii) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,

- iii) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - iv) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - v) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- f) udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- i) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - ii) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzonych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - iii) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile takie badania były przeprowadzone); z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki:
 - i) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - ii) zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - iii) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - iv) jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- g) zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym, co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- i) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- h) przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- i) serce,
 - ii) płuca,
 - iii) wątroba,
 - iv) nerki,
 - v) trzustka;
- ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- i) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - j) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - k) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - i) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - ii) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
 - l) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obu stroną utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 14) Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia przez Ubezpieczającego do Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 15) Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego określona we Wnioskopolisie;
- 16) Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, kraju na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, szpitala lub ośrodka uzdrowiskowego ani oddziału i ośrodka rehabilitacji, ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 17) Świadczenie miesięczne** – kwota świadczenia w wysokości określonej we Wnioskopolisie wypłacana przez Towarzystwo miesięcznie z tytułu Umowy ubezpieczenia w razie zajścia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych: Poważne zachorowanie, Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu, Czasowa niezdolność do pracy;
- 18) Ubezpieczający** – Klient Banku, będący jednocześnie Ubezpieczonym;
- 19) Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach wskazanych w niniejszych OWU;
- 20) Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU, potwierdzona Wnioskopolisą;
- 21) Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, świadczenie wypłacane jest, z pominięciem Uposażonego, według następującej kolejności:
- a) współmałżonkowi,
 - b) dzieciom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka,
 - c) rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka i dzieci,
 - d) rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców,
 - e) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;

- 22) **Uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, którym jest Ubezpieczony, a w przypadku jego śmierci Uposażony albo inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 23) **Wnioskopolisa** – dokument zawierający wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a także potwierdzający jej zawarcie, który zawiera oświadczenia woli Ubezpieczającego niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 24) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo:
 - a) śmierć Ubezpiezonego,
 - b) Całkowita niezdolność do pracy,
 - c) Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
 - d) Czasowa niezdolność do pracy,
 - e) Pobyt w szpitalu,
 - f) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) Poważne zachorowanie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie oraz zdrowie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć Ubezpiezonego;
 - 2) Poważne zachorowanie;
 - 3) Całkowitą niezdolność do pracy;
 - 4) Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 5) Pobyt w szpitalu;
 - 6) Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) Czasowa niezdolność do pracy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przysługuje Ubezpieczonym, wobec których może zostać orzeczona Całkowita niezdolność do pracy albo Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonym, którzy posiadają tytuł do ubezpieczenia chorobowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Pozostałym Ubezpieczonym przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego i zaakceptowanego przez Towarzystwo.
2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Klient, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) ukończył 18. rok życia i jednocześnie w chwili zakończenia Umowy ubezpieczenia nie ukończy 75. roku życia;
 - 2) w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia jest klientem Banku;
 - 3) posiada stałe miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) złoży oświadczenia niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, będące częścią Wnioskopolisy.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany we Wnioskopolisie.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpiezonego 75. roku życia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.

6. Zawarcie kolejnej Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego na podstawie niniejszych OWU jest możliwe, o ile łączna Suma ubezpieczenia w związku z ochroną ubezpieczeniową, która miałaby być świadczona przez Towarzystwo na podstawie niniejszych OWU, nie będzie przekraczała kwoty 420 000 zł (czterysta dwadzieścia tysięcy złotych).

Okres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem że pobyt oraz czasowa niezdolność nie wynikły z nieszczęśliwego wypadku, rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej wygasa z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpiezonego;
 - 3) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia;
 - 4) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 5) z dniem wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia.

Sumy ubezpieczenia, Świadczenie miesięczne i ich wysokości

§ 6

Suma ubezpieczenia i świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego, Całkowitej niezdolności do pracy oraz Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego, Całkowitej niezdolności do pracy oraz Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji nie może być wyższa niż 1.300 000 zł, i jest wskazana we Wnioskopolisie.
2. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu

3. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
4. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Pobytu w szpitalu nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
5. W przypadku tego samego nieprzerwanego Pobytu w szpitalu:
 - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne jest należne po 5-dniowym nieprzerwanym Pobycie w szpitalu,
 - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu.
6. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

7. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.

8. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
9. W przypadku tego samego nieprzerwanego Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne jest należne po 3-dniowym nieprzerwanym Pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
10. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Poważnego zachorowania

11. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
12. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Poważnego zachorowania nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
13. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest jednorazowo i stanowi 6 kolejnych Świadczeń miesięcznych.
14. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Suma ubezpieczenia i Świadczenia miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

15. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wynosi 30 000 zł i jest pomniejszana o kolejno wypłacane Świadczenia miesięczne, aż do jej wyczerpania. Suma ubezpieczenia ulega odnowieniu co 24 miesiące.
16. Wysokość Świadczenia miesięcznego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy nie może być wyższa niż 5000 zł i jest wskazana we Wnioskopolisie.
17. Pierwsze Świadczenie miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest należne po 30-dniowym nieprzerwanym przebywaniu na zwolnieniu lekarskim. Kolejne Świadczenia miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy są należne za każde kolejne udokumentowane 30 dni nieprzerwanego przebywania na zwolnieniu lekarskim.
18. Towarzystwo wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych w każdym 24-miesięcznym okresie ochrony.

Składka

§ 7

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić Składkę jednorazowo z góry za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa, w wysokości określonej we Wnioskopolisie, na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.
2. Składkę oblicza się za czas odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Wysokość Składki jest uzależniona od Sumy ubezpieczenia oraz liczby miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także stawki Składki.
4. Wysokość stawki Składki ustalana jest w oparciu o:
 - 1) Sumy ubezpieczenia;
 - 2) sposób płatności Składki i częstotliwość opłacania Składki;
 - 3) inne czynniki wpływające na prawdopodobieństwo powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego lub na wysokość świadczeń ubezpieczeniowych.

Uposażony

§ 8

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych z Umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego. 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. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Całkowitej niezdolności do pracy, Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy i Pobytu w szpitalu Towarzystwo zwolnione jest z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 3) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 5) następujących chorób lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, chorób tętnic, miażdżycy, tętniaka, chorób naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzenia rytmu serca, chorób nowotworowych, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwióknienia i marskości wątroby, chorób trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, chorób psychicznych, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 7) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;

- 10) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 12) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 3. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy albo Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic.
 4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu lub Pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w Szpitalu jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 4) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 5) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 7) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 8) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.
 5. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez Ubezpieczonego;
 - 4) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) chorób zdiagnozowanych lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
 6. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem Poważnego zachorowania:
 - 1) które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 7. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo zwolnione jest również z odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem:
 - 1) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 2) bólów kręgosłupa, niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 3) ciąży Ubezpieczonej.
 8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem w Szpitalu, którego celem jest:
 - 1) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Rozwiązanie i odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem do-

wiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzieliło ochrony ubezpieczeniowej.

2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem, termin, w ciągu którego może on odstąpić od Umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy.
4. Po upływie terminu podanego w ust. 1 i 2 powyżej Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając oświadczenie Towarzystwu.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
6. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie może być złożone w formie pisemnej lub drogą elektroniczną.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU przez zawarciem Umowy ubezpieczenia;
 - 2) potwierdzenia zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Wnioskopolisu i doręczenie jej Ubezpieczającemu;
 - 3) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w OWU i przepisach prawa;
 - 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Wypłata świadczenia

§ 12

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej www.axa.pl.
4. W celu potwierdzenia Poważnego zachorowania Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza medycyny wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
5. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
6. Podstawą do wypłaty świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów, poświadczane za zgodność z oryginałem przez odpowiednio

Ubezpieczającego, notariusza, pracownika USC, pracownika Towarzystwa bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

7. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem w Towarzystwie, muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.
9. Dokumenty, o których mowa w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, Ubezpieczony lub Uprawniony może złożyć za pośrednictwem Banku lub do Towarzystwa na poniższy adres:
AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
Z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie AXA
10. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku albo drogą mailową na adres: ubezpieczenia@axa.pl.

Skargi i reklamacje

§ 13

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych odpowiednio przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: ubezpieczenia@axa.pl;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa:
AXA Życie TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo

przesyłką pocztową na adres:

AXA Życie TU S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

5. Reklamacje składa się do zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba 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.
7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych należy podać nazwę firmy, adres do korespondencji oraz NIP.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. AXA Życie Towarzystwu Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w § 15 poniżej.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym w stosunku do Towarzystwa 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).
13. Konsument ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–9 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypad-

kach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 14

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.
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.

Właściwość sądowa

§ 15

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.

Postanowienia końcowe

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa.
3. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie TU S.A. nr 1/28/09/2018 z dnia 28 września 2018 r. i mają zastosowanie od dnia 1 października 2018 r.