

inwestycje

Ogólne warunki ubezpieczenia
Plan Inwestycyjny Progres

**ubezpieczenie na życie
z ubezpieczeniowymi
funduszami kapitałowymi
ze składką podstawową
opłacaną jednorazowo**

indeks PIMPN/14/11/03

więcej / niż standard



Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Inwestycyjny Progres



Czym jest Plan Inwestycyjny Progres

Cel i charakter umowy

Plan Inwestycyjny Progres jest umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK). Ubezpieczenie ma charakter inwestycji średnio-/długoterminowej i jego podstawowym celem jest inwestowanie środków i budowanie kapitału.

Plan Inwestycyjny Progres umożliwia korzystanie z bogatej oferty UFK o różnych profilach ryzyka, dającej dostęp do inwestycji polskich i międzynarodowych. UFK można dobrać w ramach wybranej przez siebie strategii inwestycyjnej samodzielnie lub można powierzyć dobór funduszy specjalistom, wybierając tzw. portfele modelowe. Lista UFK udostępnionych w ramach Planu Inwestycyjnego Progres zawarta jest w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz na stronie internetowej www.axa.pl.

Plan Inwestycyjny Progres jest ubezpieczeniem na życie. Zgromadzony kapitał powiększa sumę ubezpieczenia wypłacaną w razie śmierci Ubezpieczonego.



Dla kogo przeznaczony jest Plan Inwestycyjny Progres

Rekomendowany minimalny okres trwania umowy

Plan Inwestycyjny Progres przeznaczony jest dla osób, które mają zamiar jednorazowo ulokować kapitał z myślą o jego powiększeniu na przyszłość. Plan Inwestycyjny Progres ma charakter średnio-/długoterminowy, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi minimum 3 lata.

Średnio-/długoterminowy charakter umowy wynika również ze specyfiki inwestowania: im dłuższy horyzont inwestycyjny, tym większa jest szansa na osiągnięcie założonego celu inwestycyjnego.



Na co trzeba zwrócić uwagę, wybierając Plan Inwestycyjny Progres

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

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

Wybierając Plan Inwestycyjny Progres, należy również zwrócić uwagę na opłaty. Niektóre będą pobierane regularnie, inne z wykonaniem konkretnej operacji. Rodzaje i wysokość opłat zostały wskazane w Tabeli opłat i limitów, a poglądowo opisane są również w niniejszym dokumencie w sekcji dotyczącej opłat.

Plan Inwestycyjny Progres ma charakter średnio-/długoterminowy, a zalecany okres obowiązywania umowy wynosi minimum 3 lata. Ubezpieczenie nie powinno być więc wybierane przez osoby, które mają w planach odkładanie pieniędzy przez krótszy czas.



Jakie dokumenty otrzyma Ubezpieczający po złożeniu wniosku o zawarcie umowy

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

Raz w roku AXA będzie przysyłać Ubezpieczającemu list rocznicowy, określający między innymi wartość podstawową i dodatkową polisy oraz wartość wykupu. List rocznicowy jest przysyłany na konto w ramach serwisu transakcyjnego AXA On-Line, listownie lub w inny sposób, na który Ubezpieczający wyraził zgodę.



Jakie opłaty są pobierane w Planie Inwestycyjnym Progres

Inwestowanie w ramach Planu Inwestycyjnego Progres wiąże się z ponoszeniem opłat. Rodzaje opłat zostały opisane poglądowo w poniższej tabeli, a tytuły, wysokość i zasady ich pobierania zostały opisane w Tabeli opłat i limitów oraz OWU. Ważne jest, aby zapoznać się ze wszystkimi tymi dokumentami przed podpisaniem umowy.

Rodzaj opłaty	Rachunek podstawowy do wpłaty składki podstawowej	Rachunek dodatkowy do dobrowolnych wpłat dodatkowych
Opłata dystrybucyjna – z tytułu ponoszenia przez AXA kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia	tak	nie
	łącznie 6,75% składki podstawowej; pobierana zgodnie z poniższymi zasadami: – pobierana sukcesywnie w częściach przez pierwsze 3 lata polisy w wysokości 0,1875% składki podstawowej miesięcznie (co stanowi 2,25% składki podstawowej rocznie), – w przypadku rozwiązania umowy przed 3. rocznicą polisy (z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego): zależna od miesiąca, w którym rozwiązano umowę, od 0,18% do 6,75% składki podstawowej	
Opłata administracyjna określona procentowo – z tytułu bieżącej obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia	tak	tak
	od 4. roku polisy 2,25% wartości rachunku w skali roku	od 2. roku polisy 2,25% wartości rachunku w skali roku
Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe – z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej	tak	nie
	zależna od wieku Ubezpieczonego, od 1 gr do 5 zł miesięcznie	
Opłata za zarządzanie pobierana przez AXA Życie TU S.A. – z tytułu zarządzania funduszami będącymi portfelami modelowymi	tak	
	dotyczy jedynie portfeli modelowych, zależna od wybranego portfela modelowego, od 0,1% do 0,5% wartości jednostek uczestnictwa w skali roku	
Opłata transakcyjna – w szczególnych przypadkach określonych w Tabeli opłat i limitów – z tytułu realizacji dyspozycji zlecanych przez Ubezpieczającego	tak	
	zależna od rodzaju transakcji	

Stan z 1 stycznia 2016 r.

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Inwestycyjny Progres



Jak ustalić swoją strategię inwestycyjną



Ubezpieczający inwestuje środki pochodzące ze składek na własne ryzyko, dlatego też wybór strategii inwestycyjnej powinien być świadomą i dobrze przemyślaną decyzją. Ubezpieczający powinien więc zacząć od określenia swojego profilu inwestycyjnego, tzn. ustalić, jakiego zysku oczekuje i jaką strategię gotów jest zaakceptować. W ustaleniu profilu inwestycyjnego pomoże ankieta, która jest wypełniana przed zawarciem umowy przez Ubezpieczającego. Ankieta ma na celu zebranie informacji o potrzebach, wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie inwestowania oraz sytuacji finansowej Ubezpieczającego.



Określenie strategii inwestycyjnej ma miejsce podczas zawierania umowy. Ubezpieczający samodzielnie wybiera UFK, w których jednostki uczestnictwa inwestowane są jego składki (alokacja). W wyborze UFK odpowiedniego ze względu na poziom ryzyka i profil inwestycyjny Ubezpieczającego pomocne są graficzne oznaczenia profilu ryzyka inwestycyjnego poszczególnych UFK. Profile ryzyka prezentowane są w Wykazach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Profile ryzyka inwestycyjnego UFK są zmienne w czasie. Aktualne informacje na ten temat podane są na Kartach funduszy oraz w Kluczowych Informacjach dla Inwestorów (KIID) zamieszczonych na stronie internetowej www.axa.pl.



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

- Zmiana alokacji będzie mieć zastosowanie do składek dodatkowych od 2. roku trwania umowy.
- Konwersja będzie mieć zastosowanie do rachunku podstawowego od początku trwania umowy oraz do rachunku dodatkowego – od 2. roku polisy.



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



Od czego zależy wielkość gromadzonego kapitału

Wielkość gromadzonego kapitału zależy od wybranej przez Ubezpieczającego strategii inwestycyjnej oraz wysokości wpłacanych składek. Skuteczność realizacji wybranej strategii zależy natomiast w głównej mierze od sytuacji na rynkach finansowych oraz od czasu trwania umowy.



Czy można dokonywać dodatkowych wpłat, jeśli dysponuje się wolnymi środkami

Tak, służy do tego rachunek dodatkowy. Na rachunek dodatkowy Ubezpieczający może od 1. rocznicy polisy wpłacać składkę dodatkową w dowolnej wysokości, bez dodatkowych opłat.



Czy jest możliwość dysponowania środkami w czasie trwania umowy

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

Dysponowanie środkami gromadzonymi na rachunku podstawowym jest natomiast ograniczone. W przypadku wypłacenia wszystkich środków przed upływem minimalnego rekomendowanego czasu trwania umowy (3 lata) Ubezpieczający utraci część zgromadzonego kapitału w związku z pobraniem części opłaty dystrybucyjnej.

Częściowa wypłata środków z rachunku podstawowego, bez rozwiązywania umowy, możliwa jest od początku trwania umowy. Taka wypłata, skutkująca spadkiem wartości rachunku podstawowego do dwukrotności niepobranej opłaty dystrybucyjnej, będzie uznana za wypłatę całkowitą oraz wiązać się będzie z pobraniem części opłaty dystrybucyjnej.



Jakie są różnice pomiędzy odstąpieniem od umowy a wypowiedzeniem umowy

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

W terminie 45 dni od dnia zawarcia umowy (15 dni w przypadku przedsiębiorców) Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy wiąże się ze zwrotem wartości polisy oraz pobranej opłaty dystrybucyjnej.

Prawo do odstąpienia od umowy przysługuje Ubezpieczającemu również w terminie 60 dni od otrzymania pierwszego listu rocznicowego. W takim przypadku AXA zwróci wartość polisy pomniejszoną o mniejszą z wartości: 4% wartości rachunku podstawowego albo niepobraną część opłaty dystrybucyjnej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY

Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu. Kwota przeznaczona do wypłaty będzie stanowić wartość polisy pomniejszoną o niepobraną opłatę dystrybucyjną. W przypadku wypowiedzenia umowy AXA nie zwróci pobranych wcześniej opłat dystrybucyjnych. Plan Inwestycyjny Progres to umowa ubezpieczenia o charakterze średnio-/długoterminowym, dlatego nie należy pochopnie podejmować decyzji o jej wypowiedzeniu.



Jakie świadczenia zapewnia Plan Inwestycyjny Progres

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE OCHRONNYM

W przypadku śmierci Ubezpieczonego AXA wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia powiększonej o wartość polisy, czyli całość środków zgromadzonych do tej pory na rachunkach podstawowym i dodatkowym.

ŚWIADCZENIA O CHARAKTERZE INWESTYCYJNYM

Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

Ubezpieczającemu przysługują następujące rodzaje świadczeń o charakterze inwestycyjnym:

- wypłata wartości dodatkowej polisy,
- wypłata części wartości dodatkowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej,
- wypłata części wartości podstawowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej.

Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego, AXA dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wartość wykupu stanowi całość środków zgromadzonych do tej pory na rachunkach podstawowym i dodatkowym pomniejszona – w przypadku rozwiązania umowy przed 3. rocznicą polisy – o niepobraną opłatę dystrybucyjną.

Podstawowe informacje o umowie ubezpieczenia Plan Inwestycyjny Progres



Jakie operacje można wykonać za pośrednictwem serwisu AXA On-Line

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

Za pośrednictwem serwisu AXA On-Line możliwe jest:

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

Wszelkie dyspozycje składane za pomocą serwisu AXA On-Line są bezpłatne.



Jak można się kontaktować z AXA poza serwisem AXA On-Line



POPURZEZ E-MAIL:

ubezpieczenia@axa.pl



LISTOWNIE:

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



TELEFONICZNIE:

22 555 00 00*
lub 801 200 200*

* koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych

Uwaga! Powyższa treść ma charakter wyłącznie informacyjny i powinna być czytana łącznie z OWU, które opisują wszelkie prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

Formularz do OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką opłacaną jednorazowo Plan Inwestycyjny Progres – indeks PIMPN/14/11/03

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 25 ust. 1–2 § 26 ust. 1 § 27 ust. 1 § 28 ust. 1 § 29 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 31
Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 12 § 13 § 14 § 15 § 16 § 17 § 18 § 26 ust. 5 § 27 ust. 2 § 28 ust. 2 § 37 TOiL pkt I
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 12 § 13 § 14 § 15 § 16 § 17 § 18 § 26 ust. 2 § 28 ust. 2–4 TOiL pkt I

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1. OWU

1. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną jednorazowo Plan Inwestycyjny Progres („OWU”) stosuje się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zawieranych z Towarzystwem.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki Stron tej umowy (Towarzystwa i Ubezpieczającego), jak również Ubezpieczonego, Uposażonego i innych uprawnionych z umowy ubezpieczenia.
3. Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:
 - 1) Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów;
 - 2) Załącznik nr 2 – Regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
 - 3) Załącznik nr 3 – Formularz do OWU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rozdział II. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

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

§ 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, składanego przez Ubezpieczającego, i jego akceptacji przez Towarzystwo.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.

§ 4. Okres ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

§ 5. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w formie pisemnej, w terminie:
 - 1) 45 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia; jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 45 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie;
 - 2) 60 dni od dnia otrzymania pierwszego listu rocznicowego; do oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia w trybie opisanym w ust. 1 pkt 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę podstawową oraz składkę dodatkową. Jeżeli przed odstąpieniem od umowy składki zostały alokowane, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość polisy powiększoną o kwotę pobranych opłat dystrybucyjnych. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia odstąpienia.

3. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia w trybie opisanym w ust. 1 pkt 2) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wartość polisy pomniejszoną o mniejszą z wartości:

- 1) 4% wartości rachunku podstawowego;
- 2) niepobrąną część opłaty dystrybucyjnej.

W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej w dniu otrzymania informacji o odstąpieniu.

4. Wypłata następuje w terminie 14 dni roboczych od dnia złożenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) z dniem doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - 3) z dniem, w którym wartość podstawowa polisy będzie równa zero.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu w formie pisemnej. Złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odwołać doręczone Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, jeżeli Towarzystwo nie dokonało odpisania jednostek uczestnictwa w celu wypłaty wartości wykupu.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu zgodnie z ust. 1 pkt 2), Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego może wznowić umowę na warunkach uzgodnionych w osobnym porozumieniu.

Rozdział IV. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Towarzystwa

§ 7. Ubezpieczający, jego prawa i obowiązki

1. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ukończyła 18. rok życia, a także osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
2. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) opłacić składkę podstawową przed zawarciem umowy ubezpieczenia, co stanowi główne świadczenie Ubezpieczającego;
 - 2) powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 5;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6;
 - 3) opłacania składki dodatkowej zgodnie z § 11;
 - 4) zmiany wysokości składki podstawowej zgodnie z § 10 ust. 2 oraz § 11 ust. 2;
 - 5) składania dyspozycji alokacji zgodnie z § 20;
 - 6) składania dyspozycji konwersji zgodnie z § 21;
 - 7) dokonywania wypłaty części wartości podstawowej polisy zgodnie z § 26;
 - 8) dokonywania wypłaty wartości dodatkowej polisy lub jej części zgodnie z § 27;
 - 9) wypłaty wartości wykupu zgodnie z § 28;
 - 10) składania skarg i zażaleń zgodnie z § 34.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, wszelkie prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

§ 8. Ubezpieczony i jego prawa

1. Ubezpieczonym może być każda osoba fizyczna.

2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonych i ich zmiany. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowego udziałów, których suma nie stanowi 100%, Towarzystwo przyjmuje, że udziały Uposażonych są równe.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków, oraz do składania skarg i zażaleń zgodnie z § 34.

§ 9. Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) wypłaty świadczenia ochronnego i świadczeń inwestycyjnych zgodnie z zasadami określonymi w OWU, co stanowi główne świadczenie Towarzystwa;
 - 2) prowadzenia rachunku podstawowego oraz rachunku dodatkowego i alokowania składki podstawowej oraz składek dodatkowych na tych rachunkach;
 - 3) spełniania innych obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia oraz przepisów prawa.
2. Towarzystwo jest zobowiązane ustalić składki w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział V. Składki z tytułu umowy ubezpieczenia

§ 10. Składka podstawowa

1. Składka podstawowa jest opłacana jednorazowo na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości zadeklarowanej we wniosku ubezpieczeniowym zaakceptowanym przez Towarzystwo.
2. Jeżeli Ubezpieczający w pierwszym roku polisy wpłacił składkę podstawową w kwocie przewyższającej wysokość należnej składki podstawowej, uznaje się, że Ubezpieczający dokonał zmiany wniosku ubezpieczeniowego w zakresie podwyższenia zadeklarowanej wysokości składki podstawowej. W takim przypadku Towarzystwo wystawi polisę ze wskazaniem zmienionej wysokości składki podstawowej. Zmiana wniosku ubezpieczeniowego, o której mowa w zdaniu poprzedzającym niniejszego ustępu, nie skutkuje podwyższeniem sumy ubezpieczenia.
3. Środki pieniężne pochodzące ze składki podstawowej przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku podstawowym nie później niż 4. dnia roboczego od dnia zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.
4. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w Tabeli opłat i limitów.

§ 11. Składka dodatkowa

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składki dodatkowej w dowolnej wysokości, począwszy od 1. rocznicy polisy, na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie.
2. W przypadku wpłaty składki dodatkowej przed 1. rocznicą polisy, wpłata skutkować będzie zmianą umowy ubezpieczenia w zakresie podwyższenia składki podstawowej i zostanie zaliczona na jej poczet.
3. Zmiana umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, nie skutkuje podwyższeniem sumy ubezpieczenia.
4. Środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych przeliczane są na jednostki uczestnictwa, które następnie zapisywane są na rachunku dodatkowym nie później niż 4. dnia roboczego od dnia zapłaty składki, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zapisania.

Rozdział VI. Opłaty

§ 12. Rodzaje opłat pobieranych przez Towarzystwo

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:

- 1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe – opłata określona kwotowo, ustalana na podstawie wieku Ubezpieczonego i pobierana z tytułu świadczenia przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) opłatę dystrybucyjną – opłata określona procentowo w stosunku do składki podstawowej, pobierana z tytułu ponoszenia przez Towarzystwo kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (koszty akwizycji), którymi w szczególności są:
 - a) prowizje pośredników ubezpieczeniowych,
 - b) wynagrodzenia za narzuty pracowników zajmujących się akwizycją,
 - c) koszty wystawienia polisy,
 - d) koszty włączenia umowy ubezpieczenia do portfela ubezpieczeń,
 - e) koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych,
 - f) koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polisy;
 - 3) opłatę administracyjną – opłata określona procentowo w stosunku do wartości rachunku, pobierana z tytułu bieżącej obsługi i wykonywania umowy ubezpieczenia;
 - 4) opłatę za zarządzanie – opłata określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa funduszy, pobierana z tytułu zarządzania funduszami, które są portfelami modelowymi;
 - 5) opłatę transakcyjną – opłata określona kwotowo, pobierana z tytułu:
 - a) wypłaty części wartości podstawowej polisy,
 - b) wypłaty części wartości dodatkowej polisy,
 - c) realizacji dyspozycji konwersji poza serwisem AXA On-Line,
 - d) realizacji dyspozycji zmiany alokacji składki dodatkowej poza serwisem AXA On-Line,
 - e) udzielenia na wniosek Ubezpieczającego dodatkowych informacji w formie pisemnej: ponownego przekazania listu rocznicowego, informacji o stanie rachunku, potwierdzenia złożonej dyspozycji;
 - 6) opłatę transakcyjną z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego – opłata określona procentowo w stosunku do wartości zapisywanych jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego.
2. Wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo określa Tabela opłat i limitów.

§ 13. Zasady pobierania opłat. Postanowienia wspólne

1. Towarzystwo pobiera opłaty poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego lub dodatkowego, według cen jednostek obowiązujących w dniu pobrania każdej z opłat.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jak również w przypadku wypłaty wartości wykupu, niepobrane opłaty pobierane są z wartości polisy przed naliczeniem i wypłatą świadczenia.
3. Opłaty pobierane przez Towarzystwo są odpisywane z rachunku podstawowego lub dodatkowego proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy odpowiednio w wartości podstawowej polisy lub w wartości dodatkowej polisy, z wyjątkiem opłaty za zarządzanie i opłaty transakcyjnej z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, które odpisywane są jedynie z tych funduszy, których dana opłata dotyczy.

§ 14. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe

1. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest na koniec każdego miesiąca polisy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który opłata jest należna w dniu rozwiązania.

§ 15. Opłata dystrybucyjna

1. Opłata dystrybucyjna należna jest w pełnej wysokości od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i pobierana jest na koniec każdego z pierwszych 36 miesięcy polisy, sukcesywnie w 36 równych częściach z za-

strzeżeniem ust. 2 poniżej, zgodnie z zasadami opisanymi w Tabeli opłat i limitów, poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego, zapisanych za środki pieniężne pochodzące ze składki podstawowej.

2. W przypadku wpłaty składki dodatkowej przed 1. rocznicą polisy i zaliczenia jej na poczet składki podstawowej, począwszy od każdej takiej wpłaty, Towarzystwo pobierze opłatę dystrybucyjną wedle następujących kryteriów:
 - 1) opłata dystrybucyjna jest obliczana od sumy wszystkich wpłat zaliczonych na poczet składki podstawowej;
 - 2) opłata dystrybucyjna jest naliczana od aktualnej wysokości składki podstawowej, a jej część pobrana przed zwiększeniem wysokości składki podstawowej nie ulega zwiększeniu.

§ 16. Opłata administracyjna

1. Opłata administracyjna pobierana jest z rachunku podstawowego od 3. rocznicy polisy oraz z rachunku dodatkowego od 1. rocznicy polisy.
2. Opłata administracyjna pobierana jest na koniec każdego miesiąca polisy poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa, z tym że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę w dniu realizacji dyspozycji wypłaty w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który jest należna.
3. W przypadku konwersji lub wypłaty części wartości polisy Towarzystwo pobierze część opłaty administracyjnej za okres do dnia realizacji każdej z wymienionych dyspozycji, poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa, według cen jednostek obowiązujących w dniu realizacji dyspozycji. Pozostała część tej opłaty pobierana jest na koniec miesiąca polisy, w którym dana czynność została dokonana.
4. Tabela opłat i limitów w zakresie wysokości opłaty administracyjnej może także z ważnych przyczyn ulec zmianie, z uwzględnieniem ust. 5. Ważną przyczyną jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
5. Towarzystwo jest uprawnione do zwiększenia opłaty administracyjnej maksymalnie o wysokość stawki podatku wprowadzonej poprzez zmianę lub wprowadzenie nowych przepisów prawa podatkowego.
6. Zmiana wskazana w ust. 4 następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli opłat i limitów. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli opłat i limitów Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

§ 17. Opłata za zarządzanie

1. Opłata za zarządzanie pobierana jest z rachunku podstawowego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia oraz z rachunku dodatkowego od 1. rocznicy polisy.
2. Opłata za zarządzanie pobierana jest na koniec każdego miesiąca polisy, z tym że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, Towarzystwo pobiera opłatę w dniu odpisania jednostek uczestnictwa w celu dokonania wypłaty w wysokości proporcjonalnej do okresu, za który jest należna.
3. W przypadku konwersji lub wypłaty części wartości polisy opłata za zarządzanie pobierana jest za okres do dnia realizacji każdej z wymienionych dyspozycji, poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa, według cen jednostek obowiązujących w dniu realizacji dyspozycji.

§ 18. Opłata transakcyjna

1. Opłata transakcyjna pobierana jest poprzez odpisanie jednostek uczestnictwa z:
 - 1) rachunku, którego dotyczy transakcja – z tytułu zapisania jednostek uczestnictwa funduszu zagranicznego, wypłaty części wartości podstawowej polisy, wypłaty części wartości dodatkowej polisy;
 - 2) rachunku podstawowego – z tytułu realizacji poza serwisem AXA On-Line dyspozycji konwersji, dyspozycji zmiany alokacji składki dodatkowej, udzielenia na wniosek Ubezpieczającego dodatko-

wych informacji w formie pisemnej: ponownego przekazania listu rocznicowego, informacji o stanie rachunku, potwierdzenia złożonej dyspozycji.

2. Opłata transakcyjna pobierana jest w dniu realizacji dyspozycji, za wykonanie której opłata jest należna.
3. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo może dokonać indeksacji opłaty transakcyjnej określonej kwotowo o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, opublikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego.

Rozdział VII. Rachunki i alokacja składki

§ 19. Rachunek podstawowy i rachunek dodatkowy

1. Towarzystwo prowadzi na rzecz Ubezpieczającego rachunek podstawowy oraz rachunek dodatkowy, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
2. Składki są alokowane zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego i są przeliczane na jednostki uczestnictwa.

§ 20. Alokacja

1. We wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej i dodatkowej. Ubezpieczający może również złożyć odrębną dyspozycję alokacji składki dodatkowej.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie określił odrębnych zasad alokacji składki dodatkowej, Towarzystwo alokuje składkę dodatkową na zasadach dotyczących składki podstawowej, obowiązujących w dniu alokowania składki dodatkowej, a zapisane za nią jednostki uczestnictwa ewidencjonuje na rachunku dodatkowym.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest uprawniony do zmian alokacji składki dodatkowej.
4. Alokacja może być określona z dokładnością do jednego procentu, z zastrzeżeniem że udział żadnego funduszu nie może być niższy niż 10%.
5. Towarzystwo dokonuje zmiany alokacji składki dodatkowej zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, nie później niż 3. dnia roboczego od dnia jej złożenia poprzez indywidualne internetowe konto Ubezpieczającego (serwis transakcyjny AXA On-Line) albo nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji w inny sposób.
6. Jeżeli alokowanie całości albo części składki podstawowej lub dodatkowej nie może być zrealizowane, w szczególności z powodu zawieszenia wyceny funduszu lub transakcji na jego jednostkach uczestnictwa, Towarzystwo dokonuje bezpłatnej tymczasowej zmiany dyspozycji alokacji odpowiednio w całości albo w części, zastępując fundusz wybrany przez Ubezpieczającego funduszem o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego.

§ 21. Konwersja

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonywać konwersji jednostek uczestnictwa w ramach rachunku podstawowego lub rachunku dodatkowego.
2. W celu dokonania konwersji Ubezpieczający składa Towarzystwu dyspozycję konwersji.
3. Przy dokonywaniu konwersji stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż 4. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji przez Ubezpieczającego poprzez indywidualne internetowe konto Ubezpieczającego (serwis transakcyjny AXA On-Line) albo nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia Towarzystwu dyspozycji w inny sposób.

Rozdział VIII. Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

§ 22. Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe

1. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem środków pieniężnych w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych ponosi Ubezpieczający.

2. W celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek Towarzystwo oferuje Ubezpieczającym ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe różniące się strukturą i kategoriami lokat, a tym samym wynikami inwestycyjnymi i profilem ryzyka.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo jest uprawnione do wprowadzenia do oferty nowych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a także do wycofania z oferty oraz do likwidacji oferowanych funduszy.

§ 23. Zawieszenie wyceny jednostek uczestnictwa

1. Towarzystwo może zawiesić wycenę jednostek uczestnictwa funduszu, jak również transakcje zapisywania i odpisywania jego jednostek, jeżeli nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów funduszu z przyczyn niezależnych od Towarzystwa.
2. W opisanym powyżej przypadku zlecenia skutkujące zapisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, będą odrzucane. Postanowienia § 20 ust. 6 stosuje się odpowiednio.
3. W przypadku opisanym w ust. 1 zlecenia skutkujące odpisaniem jednostek uczestnictwa funduszu, którego wycena lub transakcje zostały zawieszona, będą odrzucane, z wyjątkiem poniższych przypadków:
 - 1) w przypadku wypłaty wartości wykupu oraz wypłaty wartości dodatkowej polisy Towarzystwo wypłaci część środków pieniężnych pochodzącą z funduszy, których wycena lub transakcje nie zostały zawieszona, a pozostała część zostanie wypłacona niezwłocznie po wznowieniu wyceny lub transakcji, bez dodatkowej dyspozycji Ubezpieczającego;
 - 2) w przypadku wypłaty części wartości podstawowej i dodatkowej polisy Towarzystwo zrealizuje zlecenie poprzez proporcjonalne odpisanie jednostek innych funduszy, których wycena lub transakcje nie uległy zawieszeniu.

§ 24. Wycofanie z oferty oraz likwidacja ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

1. W przypadku wycofania funduszu z oferty lub jego likwidacji, nie później niż w terminie 60 dni przed datą wycofania lub likwidacji, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach wycofania lub likwidacji funduszu, wyznaczając mu 30-dniowy termin, w którym może złożyć dyspozycję dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu.
2. Terminów wskazanych powyżej nie stosuje się w przypadku likwidacji funduszu związanej z likwidacją lub wykreśleniem z rejestru funduszu inwestycyjnego lub subfunduszu, w który inwestowane jest 100% aktywów danego funduszu. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i warunkach likwidacji funduszu bez zbędnej zwłoki, wyznaczając mu odpowiednio, możliwie zbliżony do wskazanego w ust. 1, termin na złożenie dyspozycji dokonania konwersji oraz zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji konwersji jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona konwersji jednostek uczestnictwa tego funduszu na jednostki uczestnictwa funduszu – o zbliżonym, według przekonania Towarzystwa, profilu ryzyka – wskazanego Ubezpieczającemu w zawiadomieniu.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w określonym terminie dyspozycji zmiany alokacji w części dotyczącej jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu, Towarzystwo dokona zmiany alokacji, określając procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki dodatkowej zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie 30 dni przed dniem wycofania z oferty lub likwidacji funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję konwersji bądź zmiany alokacji składki dodatkowej, która miałaby skutkować zapisaniem jednostek uczestnictwa wycofywanego lub likwidowanego funduszu,

Towarzystwo odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia złożenia takiej dyspozycji.

6. Towarzystwo nie pobiera opłat za dokonanie konwersji i zmianę alokacji w przypadkach określonych w niniejszym paragrafie.

Rozdział IX. Świadczenia o charakterze inwestycyjnym

§ 25. Świadczenia wypłacane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może na swój wniosek otrzymywać następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) wypłata części wartości podstawowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej;
 - 2) wypłata części wartości dodatkowej polisy w formie jednorazowej lub okresowej;
 - 3) wypłata wartości dodatkowej polisy.
2. W celu realizacji wypłaty Ubezpieczający powinien doręczyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wypłaty oraz przedłożyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
3. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku, proporcjonalnie do udziału jednostek uczestnictwa w wartości podstawowej lub wartości dodatkowej polisy, chyba że we wniosku o dokonanie wypłaty (inne niż wypłata wartości wykupu lub wartości dodatkowej) Ubezpieczający wskaże fundusze, których jednostki uczestnictwa podlegają odpisaniu.
4. Towarzystwo dokonuje wypłaty jednorazowej w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.
5. Towarzystwo dokonuje wypłat okresowych w terminach wskazanych w dyspozycji Ubezpieczającego, pod warunkiem że data realizacji pierwszej dyspozycji przypada nie wcześniej niż 14. dnia roboczego od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.

§ 26. Wypłata części wartości podstawowej polisy

1. Ubezpieczający może dokonywać wypłat części wartości podstawowej polisy, z zachowaniem poniższych warunków:
 - 1) wypłata jednorazowa możliwa jest w dowolnym momencie obowiązywania umowy;
 - 2) wypłaty okresowe możliwe są od 3. rocznicy polisy.
2. Dyspozycja wypłaty części wartości podstawowej polisy, skutkująca obniżeniem wartości podstawowej polisy poniżej dwukrotności wysokości opłaty dystrybucyjnej pozostałej do pobrania, jest równoznaczna ze złożeniem dyspozycji wypłaty wartości wykupu.
3. Towarzystwo odmówi realizacji wypłaty części wartości podstawowej polisy oraz zaprzestanie dokonywania kolejnych wypłat okresowych, jeżeli wartość podstawowa polisy pomniejszona o wartość jednostek uczestnictwa przeznaczonych do odpisania i pomniejszona o należne opłaty byłaby równa zero.
4. W przypadku gdy Ubezpieczający składa kolejną dyspozycję wypłat okresowych dotyczącą tego samego rachunku, uznaje się, że nowa dyspozycja zastępuje dyspozycje wcześniejsze.
5. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.

§ 27. Wypłata wartości dodatkowej polisy lub jej części

1. Począwszy od 1. rocznicy polisy, Ubezpieczający może dokonywać wypłat wartości dodatkowej polisy lub jej części.
2. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku dodatkowego i jest wyliczana z uwzględnieniem opłat pobieranych przez Towarzystwo.

§ 28. Świadczenie wypłacane w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia

1. Wypłata wartości wykupu jest dokonywana w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego.
2. Wartość wykupu stanowi wartość podstawowa polisy pomniejszona o opłaty pobierane przez Towarzystwo. Dodatkowo wraz z wypłatą wartości wykupu Towarzystwo dokonuje wypłaty wartości dodatkowej polisy.
3. Kwota przeznaczona do wypłaty obejmuje środki pochodzące z odpisania jednostek uczestnictwa z rachunku podstawowego i z rachunku dodatkowego.
4. W celu dokonania wypłaty Towarzystwo odpisuje jednostki uczestnictwa po cenie obowiązującej nie później niż 10. dnia roboczego od dnia złożenia wniosku.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie 14 dni roboczych od dnia doręczenia Towarzystwu kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę.

Rozdział X. Świadczenia o charakterze ochronnym

§ 29. Rodzaje świadczeń ochronnych

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazana jest w Tabeli opłat i limitów.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi suma ubezpieczenia powiększona o wartość polisy.

§ 30. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń ochronnych

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest na rzecz Uposażonych w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z Ubezpieczonym albo jeżeli Uposażony utracił prawo do świadczenia, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów określonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego;
 - 2) dzieci Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 3) wnuki Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 4) rodzice Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 5) rodzeństwo Ubezpieczonego w równych częściach;
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem lub zaniechaniem przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku prawa do tej części świadczenia przypadają innym osobom, na zasadach określonych w ust. 2.

§ 31. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek samobójstwa, popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci na rzecz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia wyłącznie wartość polisy.

§ 32. Wypłata świadczeń ochronnych

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, w celu ustalenia wysokości świadczenia, wartość polisy jest ustalana na podstawie wartości jednostek uczestnictwa przypadającej nie później niż 5. dnia roboczego po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentem potwierdzającym śmierć Ubezpieczonego.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Wnioski znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa. Dokumenty powinny być przedstawione w oryginale lub kopii poświadczonych przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedsta-

wiciela Towarzystwa. Dokumenty urzędowe 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.

3. Towarzystwo dokonuje jednorazowej wypłaty świadczenia w terminie 21 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 3.

Rozdział XI. Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 33. Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) OWU – na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku;
 - 2) podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia – na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku.
2. Ponadto w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
 - 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu – nie rzadziej niż raz w roku (informacja roczna), niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
 - 3) 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.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania udzielenia mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia – w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków – oraz do składania reklamacji, skarg i zażaleń zgodnie z § 34.
4. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wystąpieniu w formie pisemnej w terminie 60 dni od dnia otrzymania od Ubezpieczającego pierwszej informacji rocznej, o której mowa w ust. 2 pkt 2).
5. Ubezpieczony ma obowiązek powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych kontaktowych oraz danych identyfikacyjnych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Rozdział XII. Zasady składania reklamacji, właściwość sądów, prawo właściwe

§ 34. Reklamacje, skargi i zażalenia

1. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – drogą pocztową na adres siedziby Towarzystwa: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w siedzibie Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod 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 przypadku wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 35.
10. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
11. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

§ 35. Właściwość sądów, prawo właściwe

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

Rozdział XIII. Postanowienia końcowe

§ 36. Oświadczenia i doręczenia

1. O ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.

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

§ 37. Informacja o przepisach podatkowych

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 38. Definicje

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

- 1) **alokacja** – ustalony przez Ubezpieczającego procentowy podział składki podstawowej lub składki dodatkowej pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe;
- 2) **alokowanie** – zapisanie jednostek uczestnictwa na odpowiednim rachunku Ubezpieczającego;
- 3) **AXA On-Line** – usługa dostępu do indywidualnego konta Ubezpieczającego świadczona przez Towarzystwo za pośrednictwem sieci Internet;
- 4) **dzień roboczy** – dzień inny niż: sobota, niedziela lub dzień ustawowo wolny od pracy;
- 5) **fundusz zagraniczny** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o całkowitej alokacji aktywów w fundusz inwestycyjny, którego tytuły uczestnictwa nie są notowane w walucie obowiązującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) **jednostka uczestnictwa** – część ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiąca proporcjonalny udział w aktywach netto tego funduszu;
- 7) **konwersja** – przeniesienie środków z wybranego wcześniej przez Ubezpieczającego funduszu do innego funduszu;
- 8) **list rocznicowy** – wysyłana Ubezpieczającemu przez Towarzystwo informacja roczna o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu;
- 9) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 10) **polisa** – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 11) **portfel modelowy** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, którego aktywa inwestowane są w fundusze inwestycyjne wybrane przez Towarzystwo;
- 12) **rachunek** – odpowiednio rachunek podstawowy lub rachunek dodatkowy;
- 13) **rachunek dodatkowy** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek dodatkowych;

- 14) **rachunek podstawowy** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składki podstawowej;
- 15) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony (np. jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta 29 lutego, w niektórych latach rocznica polisy przypadnie 28 lutego);
- 16) **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się z datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia oraz każdy kolejny 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rocznicy polisy;
- 17) **składka dodatkowa** – składka nieobowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana przez Ubezpieczającego w dowolnym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia po upływie pierwszego roku polisy;
- 18) **składka podstawowa** – składka obowiązkowa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 19) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca integralną część OWU, określająca opłaty i limity finansowe w ramach umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie niniejszych OWU;
- 20) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 21) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** lub **fundusz** – wydzielony fundusz aktywów, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia;
- 22) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

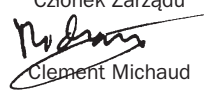
- 23) **wartość dodatkowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku dodatkowym;
- 24) **wartość podstawowa polisy** – wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku podstawowym;
- 25) **wartość polisy** – suma wartości podstawowej polisy i wartości dodatkowej polisy.

§ 39. Publikacja sprawozdań o wypłacalności i kondycji finansowej

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

§ 40. Obowiązki OWU

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną jednorazowo Plan Inwestycyjny Progres zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/22/12/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/22/12/2016 z dnia 22 grudnia 2016 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10 stycznia 2017 r.

Członek Zarządu

Clement Michaud

Członek Zarządu

Janusz Arczewski

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufały nam już 103 miliony klientów w 64 krajach.

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

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury

801 200 200
axa.pl