

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa podstawowa

MetLife AmplicoSM

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie lub na wypadek groźnej choroby

Część I Warunki ogólne

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- data opłacenia składki** – dzień wpływu całej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo,
- data wejścia w życie Umowy** – datę oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako datę wejścia w życie Umowy,
- data wygaśnięcia ubezpieczenia** – datę wygaśnięcia ubezpieczenia oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- data zawarcia ubezpieczenia** – datę doręczenia Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień określonych w artykule 3,
- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- podpis wzorcowy** – zawarty we wniosku o ubezpieczenie podpis Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, stanowiący wzór, z jakim będą porównywane ich podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
- rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania Umowy, który datą odpowiada dniowi wejścia w życie Umowy,
- składka** – łączną kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia lub w stosownym załączniku, jaką Ubezpieczający jest zobowiązany regularnie wpłacać Towarzystwu z tytułu niniejszej Umowy zgodnie z trybem jej opłacania. Obejmuje składkę za umowę podstawową, zawierającą opłatę stałą, oraz składki z tytułu umów dodatkowych, jeśli są zawarte,
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
- termin wymagalności składki** – dzień każdego kolejnego okresu obowiązywania Umowy, zgodnego z trybem opłacania składek, który dniem odpowiada dacie wejścia w życie Umowy,
- Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
- Ubezpieczający** – osobę fizyczną, która zawarła z Towarzystwem Umowę,
- Ubezpieczony** – osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy,
- Umowa** – umowę ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, umowy dodatkowe, oświadczenia zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zaświadczenia lekarskie i wszelkie zgodne oświadczenia woli Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Towarzystwa załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
- Uposażony** – osobę wyznaczoną na piśmie jako uprawnioną do otrzymania świadczeń przewidzianych Umową na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną w ramach niniejszej Umowy:
 - śmierć Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy,
 - diagnozowanie groźnej choroby, zdefiniowanej w części III artykuł 1,
 - hospitalizacja Ubezpieczonego,
- zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczona, aby doszło do zawarcia Umowy.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.
- Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić jedno z dwóch poniżej wymienionych świadczeń:
 - Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed dniem określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako data wygaśnięcia ubezpieczenia, albo
 - Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni:
 - od daty rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w części III artykuł 1 punkt 1, 2, 4, 5, 7, lub
 - od daty leczenia operacyjnego zdefiniowanego w części III artykuł 1 punkt 3, 6.
- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu niniejszej Umowy, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji zdefiniowanych w części III, artykule 1 oraz bez względu na to, czy Ubezpieczony przeżył je równocześnie, czy też kolejno.

Artykuł 3. Początek ubezpieczenia

- Warunkiem zawarcia Umowy jest otrzymanie i zaakceptowanie przez Towarzystwo:
 - podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - kwoty na poczet pierwszej składki opłaconej przez Ubezpieczającego,
 - wszystkich wymaganych przez Towarzystwo dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w szczególności stan jego zdrowia.
- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty wejścia w życie Umowy, pod warunkiem zawarcia Umowy.
- Umowa zostaje zawarta z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 4, 5 i 6.
- Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści:
 - wniosku Ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia lub
 - ogólnych warunków ubezpieczenia,Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- W przypadku określonym w punkcie 4a), jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dostarczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowę uważa się za zawartą następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym punkcie.
- Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

Artykuł 4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu od-

stępującemu od Umowy zapłaconą składkę. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 5. Prawa Ubezpieczającego wynikające z Umowy

Z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego lub Uposażonego określonych Umową oraz bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, wszelkie prawa z tytułu Umowy przysługują Ubezpieczającemu.

Artykuł 6. Opłacanie składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są z góry w terminach określonych w Umowie. Składka może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym lub kwartalnym po wcześniejszym uzgodnieniu przez strony Umowy. Na wniosek Ubezpieczającego oraz za zgodą Towarzystwa w trakcie trwania Umowy może nastąpić zmiana trybu opłacania składek. Zmiana taka nie stanowi zmiany Umowy.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składek z tytułu ubezpieczenia w wysokości i trybie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
4. Począwszy od drugiej należnej składki, Ubezpieczającemu, który nie opłaci składki w terminie wymagalności, przysługuje dodatkowa 30-dniowa prolongata terminu płatności (okres karencji), liczona od dnia wymagalności składki.
5. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo wyśle do Ubezpieczającego wezwanie do opłacenia składki do końca okresu karencji.
6. Niezapłacenie składki we wskazanym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy i tym samym ochrony ubezpieczeniowej następnego dnia po upływie okresu karencji, za jaki została opłacona ostatnia składka.
7. Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu druków/formularzy do opłacania składek. Wystanie takich druków/formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.

Artykuł 7. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. W przypadku wszystkich Umów, również tych zawartych na cudzy rachunek, Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa.
2. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
3. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby Uposażonego, suma ubezpieczenia przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

Artykuł 8. Zmiana Umowy na wniosek Ubezpieczającego

1. Umowa może być zmieniona pod warunkiem:
 - a) doręczenia Towarzystwu wniosku Ubezpieczającego o zmianę najpóźniej 60 dni przed rocznicą Umowy podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym lub w innej formie za zgodą Towarzystwa oraz
 - b) zaakceptowania zmiany przez Towarzystwo, oraz
 - c) po opłaceniu przez Ubezpieczającego związanych z tym należnych składek w terminie ich wymagalności.
2. W przypadku Umów zawartych na cudzy rachunek Ubezpieczający może wnioskować o zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
3. Wszelkie zmiany Umowy wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

Artykuł 9. Wznowienie Umowy

Towarzystwo dopuszcza możliwość wznowienia Umowy w okresie 3 lat od dnia jej wygaśnięcia z powodu nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający powinien złożyć pisemny wniosek do Towarzystwa o wznowienie Umowy podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym. Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemną ofertę wznowienia. Po zaakceptowaniu Towarzystwo wystawi stosowny dokument potwierdzający wznowienie Umowy.

Artykuł 10. Śmierć Ubezpieczającego

W przypadku śmierci Ubezpieczającego będącego inną osobą niż Ubezpieczony, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z Umowy przechodzą na jego spadkobierców.

Artykuł 11. Wypłata świadczenia

1. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów, określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony składa:
 - skrócony odpis aktu zgonu (w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie),

- zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon Ubezpieczonego lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była on przeprowadzona,
 - kopię dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych potwierdzoną notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie;
- b) w przypadku zdiagnozowania groźnej choroby Ubezpieczony składa:
 - zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego oraz inne dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie objawów i zdiagnozowanie choroby,
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego potwierdzoną notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.
2. W przypadku zgonu i/lub pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
 3. W przypadku roszczenia z tytułu groźnej choroby wszelkie informacje wymagane przez Towarzystwo niezbędne do ustalenia jego odpowiedzialności powinny być dostarczone Towarzystwu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania medycznego lub wyjścia Ubezpieczonego ze szpitala.
 4. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do Towarzystwa wyżej wymienionych oraz wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszej umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
 5. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
 6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia w wyznaczonym terminie przez Towarzystwo, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
 7. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
 8. 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, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia zakład powinien spełnić w terminie wskazanym w punkcie 7 niniejszego artykułu.

Artykuł 12. Cesja praw z umowy ubezpieczenia

Przeniesienie praw z Umowy (cesja) wymaga pisemnej zgody Towarzystwa. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność cesji w stosunkach pomiędzy cedentem i cesjonariuszem.

Artykuł 13. Wygaśnięcie ubezpieczenia

1. Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z datą wygaśnięcia ubezpieczenia,
 - c) w przypadku wypłaty świadczenia opisanego w części I artykuł 2 punkt 1 lub 2 niniejszej Umowy, z dniem zajścia przedmiotowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania Umowy wypowiedzieć Umowę w formie pisemnej ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
3. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa Umowa może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest wygaśnięcie Umowy.

Artykuł 14. Błędne określenie wieku

Maksymalny wiek Ubezpieczonego umożliwiający zawarcie niniejszej Umowy wynosi 55 lat. Zawarcie niniejszej Umowy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 55 roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań ze strony Towarzystwa, oprócz obowiązku zwrotu składki. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od zawarcia Umowy, iż wiek Ubezpieczonego został błędnie podany, wszelkie świadczenia z tytułu niniejszej Umowy zostaną skorygowane w następujący sposób: suma ubezpieczenia zostanie przeliczona stosownie do wysokości składki, jaka byłaby należna od dnia wejścia w życie Umowy, gdyby wiek Ubezpieczonego został podany prawidłowo.

Artykuł 15. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

W przypadku zagubienia bądź zniszczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo za opłatą w wysokości 40 zł i na wniosek Ubezpieczającego wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia traci swoją ważność.

Artykuł 16. Niepodważalność Umowy

1. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które zapytywało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności z zastrzeżeniami bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Po upływie trzech lat od zawarcia Umowy Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
3. W przypadku wznowienia Umowy zgodnie z artykułem 9 niniejszej części termin trzyletni, o którym mowa w punkcie 2, będzie liczony od daty wznowienia Umowy, ale tylko w odniesieniu do faktów i informacji dostarczonych Towarzystwu w związku ze wznowieniem Umowy.

Artykuł 17. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia rozstrzygają postanowienia tej ostatniej.

Artykuł 18. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek i wznowieniem Umowy obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 j.t. z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).
4. Wszelkie koszty poniesione przez Towarzystwo, jako osobę trzecią w związku z postępowaniem egzekucyjnym przeciwko uprawnionemu do świadczenia przewidzianego Umową, zostaną pokryte przez uprawnionego do świadczenia.

Artykuł 19. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową winny być przekazywane pisemnie na adres biura głównego Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez Towarzystwo.
2. Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej zaakceptowanej przez strony formie.

Artykuł 20. Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

1. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich następców prawnych albo przez sąd właściwości ogólnej.
3. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie na adres biura głównego Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie.
4. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, wyjaśni przyczynę opóźnienia.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

Artykuł 21. Aktualizacja informacji

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie danych identyfikacyjnych (między innymi nazwiska, numeru PESEL, adresu), jego lub Ubezpieczonego, przednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie podpisem jego lub Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania PEP w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie jego podpisem. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

Część II

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie

Artykuł 1. Samobójstwo

1. W przypadku samobójstwa Ubezpieczonego (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy lub jej wznowienia, Towarzystwo wypłaci spadkobiercom Ubezpieczonego sumę zapłaconych składek z tytułu niniejszej umowy podstawowej, pomniejszoną o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. W przypadku samobójstwa Ubezpieczonego po upływie dwóch lat od daty zawarcia Umowy lub jej wznowienia, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 2. Ryzyko wojenne

1. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego lub wojny.
2. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w czasie wojny, z zastrzeżeniem punktu 4 poniżej.
3. W czasie pokoju Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową również podczas służby wojskowej.
4. W czasie wojny, jeżeli Ubezpieczony służy w siłach zbrojnych lub został powołany do służby wojskowej lub organizacji paramilitarnej, jego prawa z tytułu Umowy zostają zawieszane. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie zawieszenia Umowy Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić rezerwę matematyczną odpowiadającą niniejszej umowie podstawowej lub zwrócić opłacone składki, jeżeli ich suma jest większa niż rezerwa matematyczna. Ubezpieczający nie jest zobowiązany do opłacania składek w okresie zawieszenia Umowy.
5. Po zakończeniu okresu zawieszenia Umowę można wznowić zgodnie z częścią I artykułu 9.

Część III

Ubezpieczenie na wypadek groźnej choroby

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. Nowotwór złośliwy
Guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.
Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
a) zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, zawierające, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
b) nadmierne rogowacenie, podstawnomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
c) raki gruczołu krokowego w skali TNM opisywane jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawczakowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawczakowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RA1,
d) wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.
2. Zawał mięśnia sercowego
Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta łącznie na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które składają się na świeży zawał mięśnia sercowego:
a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej kinazy kreatyninowej,
d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50%, mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
3. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych
Faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów. Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa.
Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
a) angioplastyka,
b) wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

4. Udar

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęcznicze lub krwawienia do mózgu, zatępy lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się 3 miesiące po dokonanych incydencie mózgowym,
- zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego incydentu mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
- odwracalny niedokrwienno ubytek neurologiczny,
- uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
- choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
- zaburzenia niedokrwienne układu równowagi.

5. Niewydolność nerek

Przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez Ubezpieczonego dializy nerki lub jej przeszczepu.

6. Przeszczepienie narządów

Leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:

- przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzony całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
- przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.

7. Utrata wzroku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, potwierdzona przez lekarza okulistę wskazanego przez Towarzystwo i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych.

Artykuł 2. Okres karencji

Świadczenie na wypadek groźnej choroby zostanie wypłacone tylko w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty:

- zawarcia niniejszej Umowy, lub
- wznowienia tej Umowy.

Artykuł 3. Wykluczenia

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba jest pośrednio lub bezpośrednio spowodowana:

- samookaleceniem Ubezpieczonego, choćby dokonany w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
- usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa lub innego czynu zabronionego, albo udziałem w zdarzeniu mającym cechy rozruchów lub zamieszek,
- pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionym użyciem środków farmaceutycznych oraz innych środków o działaniu odurzającym (w tym narkotyków),
- Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorobami związanymi z AIDS lub chorobą wywołaną zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
- działaniem trucizny albo trujących gazów lub oparów,
- jakąkolwiek chorobą, na którą Ubezpieczony zapadł przed datą wejścia w życie niniejszej Umowy, z wyłączeniem tych chorób, o których Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem niniejszej umowy.

Artykuł 4. Wypłata świadczenia

Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby zostanie wypłacone Ubezpieczonemu zgodnie z artykułem 2 niniejszej części. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. 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, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu, zostaną wypłacone Uposażonemu, który jest wskazany w Umowie lub innej osobie uprawnionej zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia.

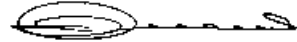
Artykuł 5. Badania lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania rozstrzeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może uchylić się od wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej Umowy. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Warszawa, 19 grudnia 2011 dnia roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Ubezpieczenie szpitalne od następstw NW lub choroby

Niniejsza umowa dodatkowa jest częścią umowy ubezpieczenia zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia i jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego. Składkę należną z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, powstałe po dacie wejścia w życie lub ostatniego wznowienia niniejszej umowy dodatkowej, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- pacjent stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów,
- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny,
- uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania Umowy.

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Świadczenie szpitalne

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie szpitalne, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą umową dodatkową, Ubezpieczony przez ponad 3 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako stały pacjent. Świadczenie szpitalne jest płatne od 4 dnia hospitalizacji za dni następujące po pierwszych 3 dniach. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wskazana jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.

W przypadku hospitalizacji na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za pobyt na tym oddziale w podwójnej wysokości, zgodnie ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia. Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii jest płatne od 1 dnia i przez cały okres pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii.

Maksymalny okres hospitalizacji dla każdego nieszczęśliwego wypadku lub choroby nie może przekroczyć 180 dni. Następujące po sobie okresy hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, chyba że okres między tymi hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

Artykuł 4. Świadczenie rekonwalescencyjne

Jeżeli, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony po hospitalizacji pozostaje w domu w celu rekonwalescencji, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie rekonwalescencyjne. Jego wysokość jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Świadczenie to będzie płatne za okres równy połowie liczby dni pobytu przez Ubezpieczonego w szpitalu, licząc od 1 dnia hospitalizacji, nie dłużej niż przez 90 dni.

Artykuł 5. Zgłoszenie roszczenia

- W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu przez Ubezpieczonego wszystkich dokumentów określonych poniżej:

- zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego,
 - kopii karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, a w szczególności leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub adres i nazwę placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Artykuł 6. Badanie lekarskie

Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszej umowy dodatkowej.

Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 7. Wykluczenia

Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków hospitalizacji lub operacji (zabiegu chirurgicznego) Ubezpieczonego wynikających lub związanych z:

- rozmyślnym samookaleczeniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, choćby w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegom chirurgicznym z powodu choroby zaistniałej w ciągu pierwszych 60 dni od daty wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszą umową dodatkową,
- rehabilitacją,
- wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
- wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- wszelkimi uszkodzeniami ciała lub chorobami istniejącymi przed datą wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej,
- na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie hospitalizacji,
- chorobą wywołaną bezpośrednio albo pośrednio przez wirus HIV, albo jakiegokolwiek pochodny bądź podobny wirus lub chorobę,
- uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa, rozmyślnym udziałem w innym czynie niedozwolonym, innym naruszeniem prawa lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, w ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji,
- działaniami wojennymi lub zbrojnymi zarówno o charakterze międzynarodowym, jak i wewnętrznym, gwałtownymi zdarzeniami o charakterze rewolucji, buntu lub rebelii, atakami terrorystycznymi, przewrotem, zamachem stanu, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, kwarantanną, promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
- zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- z leczeniem lub operacją chirurgiczną migdałków w okresie pierwszych 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej,
- przełotem jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 8. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

1. Niniejsza umowa dodatkowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłacił składkę. Okres ten upływa w dniu poprzedzającym termin wymagalności kolejnej składki za umowę podstawową. Niniejsza umowa dodatkowa może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę umowę dodatkową i inne warunki tej umowy dodatkowej mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za umowę dodatkową w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, do końca okresu karencji określonego w warunkach umowy podstawowej, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowa dodatkowa jest kontynuowana. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków umowy dodatkowej, umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za tę umowę. W przypadku zmiany warunków, na jakich umowa dodatkowa może być kontynuowana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za umowę podstawową.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

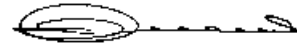
2. Niniejsza umowa dodatkowa wygasa automatycznie z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje:
- w przypadku, gdy którakolwiek składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w Umowie – z upływem ostatniego dnia okresu karencji lub
 - w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątych (65) urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie, lub
 - gdy umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność, lub
 - w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej – z dniem wygaśnięcia umowy podstawowej.

Artykuł 9. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki umowy podstawowej odnoszą się również do niniejszej umowy dodatkowej, o ile warunki umowy dodatkowej nie stanowią inaczej. Nie mają zastosowania do niniejszej umowy dodatkowej artykuły umowy podstawowej odnoszące się do:

- ryzyka wojennego,
- samobójstwa.

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego lub członka rodziny

Niniejsza umowa dodatkowa jest częścią umowy ubezpieczenia, zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia oraz członków jego rodziny i jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego. Składkę należną z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- konsultacja medyczna (konsultacja)** – świadczenia opisane w artykule 2 niniejszej umowy dodatkowej,
- Konsorcjum WorldCare (Konsorcjum)** – sieć specjalistów medycznych, zorganizowaną przez WorldCare International Ltd w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z niniejszą Umową, na podstawie zawartej umowy o współpracy,
- członek rodziny Ubezpieczonego:**
 - małżonka Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 65 roku życia,
 - dzieci Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 6 miesiąca życia, a przed ukończeniem 18 roku życia.

Artykuł 2. Zdarzenie ubezpieczeniowe. Świadczenie

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po wejściu w życie niniejszej umowy dodatkowej wymienionych w artykule 3 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony lub członek jego rodziny zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie konsultacji medycznej, do której jest uprawniony na podstawie niniejszej umowy dodatkowej.
- Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów konsultacji medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego lub członka jego rodziny zgodnie z niniejszą umową dodatkową. Konsultacje medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu lub członkowi jego rodziny i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
- Konsultacja medyczna obejmuje:
 - opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
 - jedną konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony lub członek jego rodziny wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna konsultacja,
 - plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
 - telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego lub członka jego rodziny a specjalistą Konsorcjum.
- Jeśli wielokrotnie badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.
- Liczba konsultacji jest ograniczona do:
 - dwoch w każdym roku trwania Umowy i
 - sześciu w okresie objęcia Ubezpieczonego lub członka jego rodziny niniejszą umową dodatkową.
- WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji zgodnie z niniejszą umową dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

Artykuł 3. Choroby i problemy zdrowotne objęte umową

Ubezpieczony lub członek jego rodziny uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:

- nowotwór,
- zawał mięśnia sercowego,
- choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego,
- śpiączka,
- udar mózgu,
- stwardnienie rozsiane,
- porażenie, niedowład,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- rozedma płuc,
- choroby zapalne jelit,
- przewlekła choroba wątroby,
- niewydolność nerek,
- przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy,
- cukrzyca,
- choroba zakrzepowo-zatorowa,
- amputacje,
- reumatoidalne zapalenie stawów,
- czerniak złośliwy,
- rozległe oparzenia,
- nagła ślepota spowodowana chorobą,
- przeszczep narządów,
- choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego,
- inne podobne choroby zagrażające życiu.

Artykuł 4. Wykluczenia

Konsultacje z tytułu niniejszej umowy dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroby lub problemy zdrowotne spowodowane są bezpośrednio lub pośrednio przez:

- usiłowanie popełnienia samobójstwa, samookaleczenie lub okaleczenie na skutek działania osób trzecich za wiedzą Ubezpieczonego lub członka jego rodziny,
- nadużycie alkoholu lub leczniczo nieuzasadnione użycie środków farmaceutycznych oraz użycie narkotyków,
- Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespół związany z AIDS, choroby przenoszone drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
- skażenie radioaktywne,
- działanie trucizny albo trujących gazów lub oparów,
- wady wrodzone lub wady, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Wykluczenia wymienione w ogólnych warunkach umowy podstawowej niewymienione powyżej mają zastosowanie także do niniejszej umowy dodatkowej.

Artykuł 5. Zgłoszenie roszczenia

Wniosek o konsultację z tytułu niniejszej umowy dodatkowej składa Ubezpieczony, członek jego rodziny lub jego lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu.

Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczonego, członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej konsultacji. WorldCare International Ltd zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub członka jego rodziny w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników konsultacji otrzymanych z Konsorcjum.

Artykuł 6. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Niniejsza umowa dodatkowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłacił składkę. Okres ten upływa w dniu poprzedzającym termin wymagalności kolejnej składki za umowę podstawową. Niniejsza umowa dodatkowa może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę umowę dodatkową i inne warunki tej umowy dodatkowej mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za umowę dodatkową w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo, do końca okresu karencji określonego w warunkach umowy podstawowej, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowa dodatkowa jest kontynuowana. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego

zmienionych warunków umowy dodatkowej, umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za tę umowę. W przypadku zmiany warunków, na jakich umowa dodatkowa może być kontynuowana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za umowę podstawową. Podwyższenie składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich umowa dodatkowa może być kontynuowana.

2. Niniejsza umowa dodatkowa wygasa automatycznie z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje:
- w przypadku, gdy liczba konsultacji odbytych przez Ubezpieczonego lub członka jego rodziny objętego niniejszą umową dodatkową wyniesie sześć,
 - w przypadku, gdy którakolwiek składka z tytułu umowy podstawowej lub niniejszej umowy dodatkowej nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w Umowie – z upływem ostatniego dnia okresu karencji,
 - gdy umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność, albo została zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe,
 - w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątych (65) urodzinach Ubezpieczonego lub po sześćdziesiątych piątych (65) urodzinach Małżonka objętego ochroną w ramach niniejszej umowy dodatkowej, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie,
 - w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez objęte niniejszą umową dodatkową dziecko Ubezpieczonego osiemnastego (18) roku życia, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie,
 - z powodu śmierci Ubezpieczonego lub członka jego rodziny,
 - w przypadku, gdy Ubezpieczony lub członek jego rodziny zmieni kraj stałego pobytu,

- w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu umowy podstawowej,
- w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania konsultacji medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego lub członka jego rodziny.

W przypadkach opisanych w punktach d), e), f), g) niniejsza umowa dodatkowa wygasa wyłącznie w stosunku do Ubezpieczonego lub członka jego rodziny, którego dotyczy zdarzenie powodujące wygaśnięcie umowy dodatkowej.

W przypadku opisanym w punkcie i) Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 7. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki umowy podstawowej odnoszą się również do niniejszej umowy dodatkowej, o ile warunki umowy dodatkowej nie stanowią inaczej. Nie mają zastosowania do niniejszej umowy dodatkowej artykuły umowy podstawowej odnoszące się do:

- wskazanie lub zmiana osoby Uposażonej,
- samobójstwo,
- wznowienie,
- błędne określenie wieku.

Artykuł 8. Postanowienia końcowe

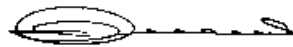
Konsultacje uzyskane na podstawie niniejszej umowy dodatkowej są udzielane przez Konsorcjum i oferowane za pośrednictwem Towarzystwa. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane konsultacje.

Towarzystwo nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd dotyczące konsultacji udzielanych na podstawie niniejszej umowy dodatkowej.

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Amplico Life S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 11.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. Amplico Life S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70
© Amplico Life S.A., 2011

MetLife AmplicoSM

Amplico Life S.A.

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlifeamplico.pl
www.metlifeamplico.pl