

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

MetLife AmplicoSM

Ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób (32)

Niniejsza umowa dodatkowa jest częścią umowy ubezpieczenia, zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, który w dniu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej ukończył osiemnasty (18) rok życia, a nie ukończył sześćdziesiątego piątego (65) roku życia 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:

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:

- zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- nadmierne rogowacenie, podstawnokokomórkowe i kolczystokokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
- raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM 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 RAI,
- wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.

2. Zawał mięśnia sercowego

Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:

- stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
- świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
- frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
- świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

3. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych

Faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korektę 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:

- angioplastyka,
- wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

4. Udar

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęcznicze lub krwawienia do mózgu, zatory 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 dokonaniu incydencie mózgowym,
- zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
- odwracalny niedokrwienno ubytek neurologiczny,
- uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym 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 lub przeszczepu nerki.

6. Przeszczepienie narządów

Leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:

- przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone 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 nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

7. Utrata wzroku

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

8. Anemia aplastyczna

Przewlekła i trwała niewydolność szpiku kostnego, której rezultatem jest obniżenie poziomu czerwonych i białych krwinek (anemia i neutropenia) oraz płytek krwi (trombocytopenia) wymagające leczenia uwzględniającego przynajmniej jedną z następujących procedur:

- transfuzji składników krwi,
- stosowania leków stymulujących rozwój szpiku,
- stosowania leków immunosupresyjnych albo
- przeszczepu szpiku kostnego.

Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona przez lekarza hematologa.

9. Schyłkowa niewydolność wątroby

Schyłkowy okres niewydolności wątroby potwierdzony obecnością wszystkich wymienionych niżej warunków:

- utrwalona żółtaczka,
- wodobrzusze,
- encefalopatia wątrobowa,
- zaburzenia krzepliwości.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie choroby wątroby spowodowane nadużywaniem alkoholu lub środków uzależniających.

10. Śpiączka

Stan śpiączki trwający nie krócej niż 96 godzin. Rozpoznanie musi być potwierdzone wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:

- a) brak reakcji na bodźce zewnętrzne przez co najmniej 96 godzin,
- b) konieczność stosowania aparatury medycznej i zabiegów podtrzymujących funkcje życiowe organizmu,
- c) uszkodzenie mózgu z następowymi neurologicznymi objawami ubytkowymi stwierdzanymi w badaniu neurologicznym po okresie nie krótszym niż 30 dni od momentu wystąpienia śpiączki.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową śpiączki spowodowane alkoholem lub środkami uzależniającymi.

11. Głuchota (utrata słuchu)

Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu obu uszu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę otolaryngologa w oparciu o badanie audiometryczne oraz ocenę proggu słyszalności. Pod pojęciem „całkowita” rozumie się utratę co najmniej 80 decybeli we wszystkich częstotliwościach słyszenia.

12. Operacja zastawek serca

Przebyta operacja w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa.

13. Utrata mowy

Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie urazu lub choroby strun głosowych. Niemożność mowy musi trwać co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę otolaryngologa w oparciu o obiektywne metody diagnostyczne.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie przyczyny utraty mowy o podłożu psychologicznym lub psychicznym.

14. Ciężkie oparzenia

Oparzenia 3 stopnia (obejmujące pełną grubość skóry) o powierzchni stanowiącej co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała.

15. Schyłkowa niewydolność płuc

Schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:

- a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
- b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg),
- d) występowanie duszności spoczynkowej,
- e) nadciśnienie płucne powyżej 60 mm Hg.

Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa.

16. Stwardnienie rozsiane

Jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego poparte stwierdzeniem występowania wszystkich wymienionych poniżej warunków:

- a) wyniki badań diagnostycznych jednoznacznie potwierdzające rozpoznanie stwardnienia rozsianego,
- b) mnogie neurologiczne objawy ubytkowe, które wystąpiły w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy,
- c) dobrze udokumentowany wywiad zaostrzeń i remisji objawów chorobowych oraz deficytów neurologicznych.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową inne przyczyny uszkodzeń neurologicznych, takie jak toczeń rumieniowaty układowy lub wirus HIV.

17. Paraliż (utrata władzy w kończynach)

Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w przynajmniej dwóch całych kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę neurologa.

18. Choroba Parkinsona

Jednoznaczne rozpoznanie pierwotnej choroby Parkinsona przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być udokumentowane wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej warunków:

- a) brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne,
- b) objawy postępującego upośledzenia sprawności,
- c) niemożność wykonania co najmniej trzech z wymienionych sześciu podstawowych czynności dnia codziennego przez sześć miesięcy bez przerwy.

Podstawowe czynności dnia codziennego (kryteria samodzielności):

- a) mycie się: zdolność samodzielnego wzięcia prysznic lub kąpeli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie zadowalającego poziomu higieny osobistej,
- b) ubieranie się: samodzielne zakładanie na siebie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapięcia i rozpięcia guzików i suwaków oraz, w przypadku gdy istnieje taka potrzeba, zamocowania i zdjęcia wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego,
- c) przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem,

- d) poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
- e) zasilanie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- f) odżywanie się: zdolność do samodzielnego spożywania posiłków przyrządzonych i podanych przez osobę trzecią.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową przypadki zachorowania na chorobę Parkinsona spowodowane przyjmowaniem leków lub zatruciem.

19. Operacje aorty

Przebiecie operacji tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty z dostępu przez otwarcie klatki piersiowej lub brzucha. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową operacje wykonywane z użyciem technik małoinwazyjnych lub śródnaczyniowych.

20. Choroba Alzheimera / ciężka demencja u osób poniżej 60 roku życia

Obniżenie lub utrata sprawności intelektualnej na skutek choroby Alzheimera lub innych nieodwracalnych uszkodzeń organicznych, potwierdzone wynikiem badania klinicznego oraz badań obrazowych, powodujące poważne obniżenie sprawności umysłowej i niemożność samodzielnego funkcjonowania bez stałej opieki osób trzecich. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez właściwego specjalistę i lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) choroby nieorganiczne, takie jak nerwice i choroby psychiczne oraz
- b) uszkodzenia mózgu występujące wskutek nadużywania alkoholu.

21. Pierwotne zapalenie wątroby

Gwałtownie rozwijająca się martwica komórek wątrobowych wywołana przez zakażenie wirusem zapalenia wątroby prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
- b) martwica obejmująca całe płaciki, pozostawiająca jedynie zapadniętą siatkę podścieliska,
- c) szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- d) nasilająca się żółtaczką,
- e) encefalopatia wątrobowa.

22. Pierwotne nadciśnienie płucne

Pierwotne nadciśnienie płucne potwierdzone wystąpieniem co najmniej trzech z wymienionych niżej kryteriów diagnostycznych:

- a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mm Hg mierzone metodą inwazyjną,
- b) elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory (RV1+SV5 > 1.05mV),
- c) obniżone stężenie tlenu we krwi w spoczynku,
- d) powiększenie prawej komory stwierdzone w badaniu echokardiograficznym (powyżej 30 mm) w prezentacji M w przekroju obrazującym długą oś lewej komory serca i drogą odpływu prawej komory.

Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami obiektywnych badań diagnostycznych, w tym wynikiem cewnikowania serca.

23. Choroby w okresie schyłkowym

Ostateczne rozpoznanie u Ubezpieczonego schyłkowego stadium choroby, które w ciągu dwunastu miesięcy przewidywalnie zakończy się zgonem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza-specjalistę oraz lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową przypadki chorób wywołanych przez wirus HIV.

24. Łagodny guz mózgu

Łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:

- a) występowanie zagrożenia życia,
- b) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
- c) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
- d) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę-neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) torbiele,
- b) ziarniniaki,
- c) malformacje naczyniowe,
- d) krwaki,
- e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego.

25. Zapalenie mózgu

Zapalenie tkanki mózgowej (półkuli mózgowej, pnia mózgu lub mózdzku) spowodowane infekcją wirusową powodujące trwale następstwa neurologiczne.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę-neurologa i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych. Należy udokumentować utrzymywanie się neurologicznych objawów ubytkowych przez co najmniej sześć tygodni.

Nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową zapalenie mózgu spowodowane przez zakażenie wirusem HIV.

26. Poliomyelitis – Choroba Heinego-Medina

Wystąpienie choroby Heinego-Medina spełniającej następujące warunki:

- identyfikacja wirusa Polio jako przyczyny choroby,
- porażenie mięśni kończyn lub mięśni układu oddechowego utrzymujące się przez okres nie krótszy niż trzy miesiące.

27. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Bakteryjne zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych, w następstwie którego dochodzi do znaczących, nieodwracalnych i trwałych następstw neurologicznych. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą utrzymywać się przez co najmniej sześć tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie zakażenia bakteryjnego płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego poprzez nakłucie lędźwiowe.

Nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową bakteryjne zapalenie opon mózgowych spowodowane infekcją wywołaną zakażeniem wirusem HIV.

28. Ciężki uraz głowy

Ciężki uraz głowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodujący trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie musi być ustalone przez specjalistę-neurologa w oparciu o jednoznaczne wyniki w badaniu za pomocą rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innej wiarygodnej metody diagnostyki obrazowej. Ocena trwałości ubytków neurologicznych może być przeprowadzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- urazy/uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- urazy głowy mające inne przyczyny niż spowodowane w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wynikające ze stanu zdrowia.

29. Zespół odmóżdżeniowy

Uogólniona martwica kory mózgowej przy nienaruszonym pniu mózgu. Rozpoznanie musi zostać jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę-neurologa i dokumentację medyczną. Zespół odmóżdżeniowy powinien trwać przynajmniej jeden miesiąc, co powinno być medycznie udokumentowane.

30. Inne ciężkie postaci choroby wieńcowej

Zwężenie światła jednej z tętnic wieńcowych o co najmniej 75% ze współistniejącym zwężeniem dwóch innych tętnic wieńcowych o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym niezależnie od tego, czy przeprowadzono jakąkolwiek operację kardiochirurgiczną na tętnicach wieńcowych.

Pod pojęciem „tętnice wieńcowe” rozumie się główny pień lewej tętnicy wieńcowej, gałąź przednią zstępującą, gałąź okalającą oraz prawą tętnicę wieńcową.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:

- ograniczeniem wydolności fizycznej,
- obniżeniem odcinka ST w co najmniej 2 odprowadzeniach stwierdzonym w elektrokardiograficznej próbie wysiłkowej,
- zaburzeniami kurczliwości co najmniej 2 segmentów mięśnia serca stwierdzonymi w echokardiograficznym teście wysiłkowym.

31. Postępująca twardzina układowa

Układowa choroba tkanki łącznej powodująca rozlane włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów trzewnych. Rozpoznanie musi być oparte o wynik biopsji i obecność serologicznych wykładników choroby. Ochroną objęte są postaci układowe, przebiegające z zajęciem serca, płuc lub nerek.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- twardzina ograniczona (morphaea, twardzina skórna),
- eosynofilowe zapalenie powięzi,
- zespół CREST.

32. Układowy toczń rumieniowaty z toczniowym zapaleniem nerek

Układowa, wieloczynnikowa choroba z autoagresji charakteryzująca się wytwarzaniem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej chorego. W ramach niniejszej umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do postaci tocznia układowego przebiegających z zajęciem nerek (stopień III-V toczniowego zapalenia nerek wg klasyfikacji WHO), co zostało ustalone w oparciu o biopsję nerki.

Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.

Klasyfikacja WHO toczniowego zapalenia nerek:

- | | |
|------------|---|
| Klasa I: | zapalenie kłębuszków ze zmianami minimalnymi, |
| Klasa II: | zmiany ograniczone do mezangium, |
| Klasa III: | ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych, |
| Klasa IV: | rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych, |
| Klasa V: | bloniaste zapalenie kłębuszków nerkowych, |
| Klasa VI: | postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem. |

33. Nieszczęśliwy wypadek (NW)

Niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Początek ubezpieczenia

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia niniejszej umowy dodatkowej i opłacenia składki.

Artykuł 4. Zakres ochrony

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy dodatkowej sumę ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia tylko w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni:

- od daty rozpoznania lub wystąpienia objawów jednej z chorób zdefiniowanych w artykule 1 lub
 - od daty leczenia operacyjnego zdefiniowanego w artykule 1.
- Świadczenie zostanie wypłacone tylko w przypadku, gdy objawy choroby pojawiają się w okresie obowiązywania niniejszej umowy dodatkowej i po raz pierwszy pojawiają się one po upływie 3 miesięcy od daty wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej w wysokości wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji zdefiniowanych w artykule 1 oraz bez względu na to, czy Ubezpieczony przebył je równocześnie, czy też kolejno.

Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe określone niniejszą umową dodatkową miało miejsce w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomniejszonej o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.

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 dokumentacji medycznej opisującej chorobę, wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie oraz zastosowane leczenie,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.
- W przypadku leczenia lub pobytu w szpitalu Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie formularze do przedstawienia wymaganych dowodów potwierdzających rozpoznanie lub wystąpienie objawów jednej z chorób lub przebycie operacji, o których mowa w artykule 1. Przesłanie do Towarzystwa wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
- Wszelkie informacje zawarte w formularzach, jak również wszelkie inne informacje wymagane przez Towarzystwo do ustalenia jego odpowiedzialności i jej wysokości, powinny być dostarczone Towarzystwu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania medycznego lub wypisu Ubezpieczonego ze szpitala.
- Jeżeli Ubezpieczony nie przedstawił wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

Artykuł 6. Badania lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Artykuł 7. Wypłata świadczenia

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu zgodnie z artykułem 4. 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 okaza-

to 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 Umowy.

Artykuł 8. Wykluczenia

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub operacja określona w artykule 1 jest pośrednio lub bezpośrednio spowodowana:

- samookaleczeniem 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,
- pozostawianiem 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 dodatkowej, z wyłączeniem tych chorób, o których Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem niniejszej umowy dodatkowej.

Artykuł 9. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Niniejsza umowa dodatkowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłaci 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 przypad-

ku 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.


- Niniejsza umowa dodatkowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w dowolnym terminie wymagalności składek przez pisemne powiadomienie Towarzystwa.
- Niniejsza umowa dodatkowa wygasa automatycznie z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - 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,
 - wykupienia lub przekształcenia Umowy przez wykorzystanie jednej z możliwości przewidzianych w Umowie na wypadek zaprzestania opłacania składek lub w przypadku rozwiązania Umowy w inny sposób – z dniem wykupu, przekształcenia lub rozwiązania,
 - umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność,
 - powstania obowiązku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
 - w rocznicę Umowy, następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątych (65) urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie.

Artykuł 10. Umowa dodatkowa jako część Umowy

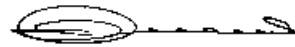
Warunki umowy podstawowej, oprócz postanowień dotyczących indeksacji, samobójstwa oraz możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania składek (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe), odnoszą się również do niniejszej umowy dodatkowej, z następującymi wyjątkami:

- bez względu na postanowienia umowy podstawowej dotyczące wieku Ubezpieczonego zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po ukończeniu przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego czwartego (64) roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek,
- niniejsza umowa dodatkowa może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach umowy podstawowej tylko wtedy, gdy Umowa została wznowiona,
- niniejsza umowa dodatkowa nie upoważnia do premii nadzwyczajnej z zysku od zainwestowanych rezerw matematycznych.

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