

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa podstawowa

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie w pakiecie zdrowotnym

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 wejścia w życie Umowy wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- data wygaśnięcia ubezpieczenia** – datę wygaśnięcia ubezpieczenia wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- 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, jaką Ubezpieczający jest zobowiązany regularnie wpłacać Towarzystwu z tytułu Umowy zgodnie z trybem jej opłacania. Obejmuje składkę za umowę podstawową oraz składki z tytułu umów dodatkowych,
- 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, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, 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 oraz 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** – śmierć Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy,
- zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do zawarcia Umowy.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia Ubezpieczonego.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

Artykuł 3. Początek ubezpieczenia

- Warunkiem zawarcia Umowy jest otrzymanie i zaakceptowanie przez Towarzystwo:
 - podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy,
 - 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 w dacie wejścia w życie Umowy, pod warunkiem zawarcia Umowy.
- Umowa zostaje zawarta z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktów 4, 5 i 6 poniżej.
- 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) powyżej, 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. Błędne określenie wieku

Maksymalny wiek Ubezpieczonego umożliwiający zawarcie Umowy wynosi 64 lata. Zawarcie Umowy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 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 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 5. Odstąpienie od Umowy

Ubezpieczający będący osobą fizyczną 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 przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu 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 6. 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 7. Opłacanie składek

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
- Składki płatne są z góry w terminach określonych w Umowie. Składka może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym, kwartalnym lub miesięcznym. Na wniosek Ubezpieczającego oraz za zgodą Towarzystwa, w trakcie trwania Umowy może nastąpić zmiana trybu opłacania składek. Zmiana taka nie stanowi zmiany Umowy.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składek w wysokości i trybie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- 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.
- W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo wysłało do Ubezpieczającego wezwanie do opłacenia składki do końca okresu karencji.
- Niezapłacenie składki we wskazanym terminie spowoduje wygaśnięcie Umowy i tym samym ochrony ubezpieczeniowej następnego dnia po upływie okresu karencji.
- Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu druków / formularzy do opłacenia składek. Wysyłanie takich druków / formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.

Artykuł 8. Wskazanie i zmiana Uposażonego

- 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.
- Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby Uposażonego, świadczenie należne z tytułu Umowy przypada spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich po nim dziedziczą.

Artykuł 9. Zmiana Umowy na wniosek Ubezpieczającego

- Umowa może być zmieniona pod warunkiem:
 - 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
 - zaakceptowania zmiany przez Towarzystwo, oraz
 - po opłaceniu przez Ubezpieczającego związanych z tym należnych składek w terminie ich wymagalności.
- W przypadku Umów zawartych na cudzy rachunek Ubezpieczający może wnioskować o zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
- Wszelkie zmiany Umowy wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

Artykuł 10. 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 jej zaakceptowaniu Towarzystwo wystawi stosowny dokument potwierdzający wznowienie Umowy.

Artykuł 11. Śmierć Ubezpieczającego

1. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, będącego inną osobą niż Ubezpieczony, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z Umowy przechodzą na jego spadkobierców.
2. W przypadku ustania Ubezpieczającego, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z Umowy przechodzą na jego następców prawnych.

Artykuł 12. Wyplata świadczenia

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu przez Uposażonego wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - kopii skróconego odpisu aktu zgonu,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon lub kopii statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii jednego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o wypadku 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 Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
4. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. 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 punkcie 6 niniejszego artykułu.

Artykuł 13. Wygaśnięcie ubezpieczenia

1. Umowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłacił składkę. Okres ten upływa w dniu poprzedzającym termin wymagalności składki.
2. Umowa wygasa także w każdym z następujących przypadków:
 - a) nieopłacenia składki, o której mowa w artykule 7 punkt 6,
 - b) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - c) w rocznicę Umowy, następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątym (65) urodzinach Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania Umowy wypowiedzieć Umowę w formie pisemnej ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
4. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa Umowa może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest wygaśnięcie Umowy.

Artykuł 14. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

W przypadku utraty 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 15. 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 10, 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 16. 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 17. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek z tytułu 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.).

Artykuł 18. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową winny być przekazane 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 formie zaakceptowanej przez strony.

Artykuł 19. Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

1. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wynikać 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 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 otrzymania skargi lub zażalenia, wyśle do osoby skarżącej odpowiedź. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, Towarzystwo wyjaśni przyczynę opóźnienia.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

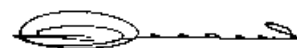
Artykuł 20. Aktualizacja informacji

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie danych identyfikacyjnych (między innymi nazwiska, numeru PESEL, adresu), jego lub Ubezpieczonego, uprzednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie podpisem jego lub Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną 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.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

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, podstawnokomórkowe 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,
- 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 dokonanym 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 niedokrwieniny 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:

- brak reakcji na bodźce zewnętrzne przez co najmniej 96 godzin,
- konieczność stosowania aparatury medycznej i zabiegów podtrzymujących funkcje życiowe organizmu,
- 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 prognozy 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:

- wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
- konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg),
- występowanie duszności spoczynkowej,
- 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:

- wyniki badań diagnostycznych jednoznacznie potwierdzające rozpoznanie stwardnienia rozsianego,
- mnogie neurologiczne objawy ubytkowe, które wystąpiły w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy,
- 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:

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

Podstawowe czynności dnia codziennego (kryteria samodzielności):

- mycie się: zdolność samodzielnego wzięcia prysznicza lub kąpielni (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie zadowalającego poziomu higieny osobistej,
- 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,
- przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem,
- poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
- załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie 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

Przebieg 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 Alzheimerera / ciężka demencja u osób poniżej 60 roku życia

Obniżenie lub utrata sprawności intelektualnej na skutek choroby Alzheimerera lub innych nieodwracalnych uszkodzeń organicznych, potwierdzone wynikami 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:

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

21. Piorunujące 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:

- szybkie zmniejszanie się wątroby,
- martwica obejmująca całe płaciki, pozostawiająca jedynie zapadniętą siatkę podścieliska,
- szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- nasilająca się żółtaczka,
- encefalopatia wątrobowa.

22. Pierwotne nadciśnienie płucne

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

- średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mm Hg mierzone metodą inwazyjną,
- elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory (RV1+SV5 > 1.05mV),
- obniżone stężenie tlenu we krwi w spoczynku,
- 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:

- występowanie zagrożenia życia,
- spowodowanie uszkodzenia mózgu,
- guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
- 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:

- torbiele,
- ziarniniaki,
- malformacje naczyniowe,
- krwiaki,
- 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. Poliomyelistis – 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:

- a) urazy/uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- b) 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:

- a) ograniczeniem wydolności fizycznej,
- b) obniżeniem odcinka ST w co najmniej 2 odprowadzeniach stwierdzonym w elektrokardiograficznej próbie wysiłkowej,
- c) 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:

- a) twardzina ograniczona (morphea, twardzina skórna),
- b) eosynofilowe zapalenie powięzi,
- c) 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, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa IV: rozlane, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
- Klasa V: błoniaste 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:

- a) od daty rozpoznania lub wystąpienia objawów jednej z chorób zdefiniowanych w artykule 1 lub

- b) od daty leczenia operacyjnego zdefiniowanego w artykule 1.

Świadczenie zostanie wypłacone tylko w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się w okresie obowiązywania niniejszej umowy dodatkowej i po raz pierwszy pojawią 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 przeżył 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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 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 Umowy.

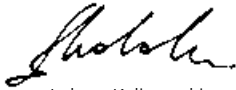
Artykuł 8. Wykluczenia

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

- a) samookaleceniem Ubezpieczonego, choćby dokonany w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
- b) usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa lub innego czynu zabronionego, albo udziałem w zdarzeniu mającym cechy rozruchów lub zamieszek,
- c) pozostawianiem pod wpływem alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionym użyciem środków farmaceutycznych oraz innych środków o działaniu odurzającym (w tym narkotyków),
- d) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorobami związanymi z AIDS lub chorobą wywołaną zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- e) radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
- f) działaniem trucizny albo trujących gazów lub oparów,
- g) 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

1. 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 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.
2. Niniejsza umowa dodatkowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w dowolnym terminie wymagalności składek przez pisemne powiadomienie Towarzystwa.
3. Niniejsza umowa dodatkowa wygasa automatycznie z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - a) 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,



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

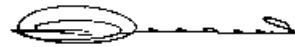
- b) wykupienia lub przekształcenia Umowy przez wykorzystanie jednej z możliwości przewidzianych w Umowie na wypadek zaprzestania opłacania składek lub w przypadku rozwiązania Umowy w inny sposób – z dniem wykupu, przekształcenia lub rozwiązania,
- c) umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność,
- d) powstania obowiązku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
- e) 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:

- a) 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,
- b) niniejsza umowa dodatkowa może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach umowy podstawowej tylko wtedy, gdy Umowa została wznowiona,
- c) niniejsza umowa dodatkowa nie upoważnia do premii nadzwyczajnej z zysku od zainwestowanych rezerw matematycznych.

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



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