

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

MetLife AmplicoSM

Ubezpieczenie na wypadek groźnej choroby

Niniejsza umowa dodatkowa jest częścią umowy ubezpieczenia, zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wymienionego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia i jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego. Składkę należną z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia lub odrębny dokument dołączony do Umowy.

Artykuł 1. Definicje

W rozumieniu niniejszej umowy dodatkowej poniższe terminy będą oznaczać:

- Rak:
 - Guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Termin ten obejmuje również białaczkę oraz nowotworowe choroby układu limfatycznego.
 - Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.
 - Wykluczenia:
 - 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,
 - 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 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; przewłoka białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAJ,
 - wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.
- Zawał mięśnia sercowego:
 - 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:
 - rozpoznany w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej kinazy kreatyninowej,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonania zawału.
- Choroba niedokrwienna serca wymagająca leczenia operacyjnego:
 - 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.
 - Wykluczenia:
 - angioplastyka,
 - wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.
- Udar:
 - Incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęcznicze lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowie.
 - Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się co najmniej przez 6 tygodni po dokonanym incydencie mózgowym,

- zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego incydentu mózgowego.
- Wykluczenia:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
 - choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
 - zaburzenia układu równowagi (układu przedsionkowego ucha wewnętrznego) wynikające z niedokrwienia.
- Niewydolność nerek:

Przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez Ubezpieczonego dializy nerki lub jej przeszczepu.
- 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 są wykluczone.
- Utrata wzroku:

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, potwierdzona przez lekarza okulistę.

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Początek ubezpieczenia

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

Artykuł 4. Zakres ochrony

Suma ubezpieczenia wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia zostanie wypłacona tylko w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni:

- od daty rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w artykule 1 punkt 1, 2, 4, 5, 7, lub
 - od daty leczenia operacyjnego zdefiniowanego w artykule 1 punkt 3, 6.
- Świadczenie zostanie wypłacone tylko w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zawarcia niniejszej umowy dodatkowej lub od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia w niniejszej umowie dodatkowej.
- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, 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.

Artykuł 5. Powiadomienie na piśmie i wymagane dowody roszczenia

- Ubezpieczony jest zobowiązany do powiadomienia Towarzystwa na piśmie o zdarzeniu stanowiącym podstawę do realizacji świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, a w przypadku niemożliwości powiadomienia wynikłej ze stanu zdrowia Ubezpieczonego – w terminie 7 dni od dnia ustania tej przeszkody. Warunkiem skuteczności tego powiadomienia jest przedłożenie w powyższym terminie kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo po otrzymaniu powiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy odpowiednie formularze do przedstawienia wymaganych dowodów inwalidztwa, które następnie powinny być przekazane do biura głównego Towarzystwa w Warszawie.
3. Zgłoszenie o wypłatę świadczenia na podstawie niniejszej umowy dodatkowej jest skuteczne pod warunkiem przedłożenia Towarzystwu wszystkich dokumentów, określonych poniżej:
 - a) formularz „Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-03)”,
 - b) formularz „Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Lekarza (CL I-04)”,
 - c) kopia dokumentacji medycznej opisującej chorobę oraz zastosowane leczenie (w przypadku leczenia lub pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski).
4. Wszelkie informacje zawarte w formularzach, jak również wszelkie inne wymagane przez Towarzystwo do ustalenia jego odpowiedzialności, powinny być dostarczone Towarzystwu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania medycznego lub wyjścia Ubezpieczonego ze szpitala.
5. Jeżeli Ubezpieczony, w terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, nie przedstawi wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

Artykuł 6. Badania lekarskie

Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania likwidacyjnego wszczętego w związku ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego 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 dodatkowej.

Artykuł 7. Opłacanie składek

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podwyższenia wysokości składki z tytułu niniejszej umowy dodatkowej. Ewentualny wzrost składki nie może przekroczyć 15% w skali rocznej. Podwyższenie składki może nastąpić ze skutkiem na dzień najbliższej rocznicy zawarcia Umowy. Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego na piśmie o podwyższeniu składki. W przypadku nieuiszczenia podwyższonej składki w terminie jej wymagalności oraz 30-dniowym terminie karencji umowa dodatkowa wygasa na zasadach określonych postanowieniami umowy podstawowej dotyczącymi opłacania składek.

Artykuł 8. Wypłata świadczenia

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu zgodnie z artykułem 4. Roszczenia z niniejszej umowy dodatkowej przedawniają się w ustawowych terminach przedawnienia. 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 9. Wykluczenia

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba jest pośrednio lub bezpośrednio spowodowana:

- a) samookaleczeniem Ubezpieczonego, choćby dokonany w stanie znieśionej lub ograniczonej poczytalności,

- b) usiłowaniami popełnienia lub popełnieniem przestępstwa lub innego czynu zabronionego, albo udziałem w zdarzeniu mającym cechy rozruchów lub zamieszek,
- c) pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionym użyciem środków farmaceutycznych oraz innych środków o działaniu odurzającym (w tym narkotyków),
- d) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zdefiniowanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy,
- 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 10. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

Ubezpieczający może rozwiązać niniejszą umowę dodatkową w każdym terminie płatności składek przez pisemne powiadomienie Towarzystwa oraz doręczenie Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia w celu dokonania stosownej adnotacji o rozwiązaniu. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa z mocy niniejszego postanowienia:


- a) w dniu określonym jako data wygaśnięcia umowy dodatkowej wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia lub w odrębnym dokumencie dołączonym do Umowy,
- b) w przypadku nieopłacenia do końca terminu karencji przewidzianego w Umowie, którejkolwiek ze składek z tytułu umowy podstawowej lub niniejszej umowy dodatkowej – z dniem następnym po dniu wymagalności składki,
- c) w przypadku 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,
- d) w dniu odpowiadającym dacie wejścia w życie Umowy, następującym bezpośrednio po 60 urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie,
- e) w przypadku powstania obowiązku wypłaty przez Towarzystwo świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Artykuł 11. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Niniejsza umowa dodatkowa staje się z chwilą zawarcia częścią Umowy, której ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się również do tej umowy, z wyjątkiem postanowień regulujących:

- a) przeniesienie praw z tytułu Umowy,
- b) wznowienie Umowy,
- c) jednorazowe opłacenie składki,
- d) samobójstwo,
- e) zmianę ochrony ubezpieczeniowej,
- f) zmianę ochrony ubezpieczeniowej na ubezpieczenie mieszane na życie i dożycie lub dożywotnie ubezpieczenie na wypadek śmierci (tam, gdzie ma to zastosowanie),
- g) pożyczki i cesje praw na zabezpieczenie,
- h) możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania składek (wykup Umowy i ubezpieczenie bezskładkowe),
- i) klauzulę ryzyka wojennego,
- j) prawo do premii nadzwyczajnej z zysku od zainwestowanych rezerw matematycznych,
- k) indeksację.

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2007 roku



Jacek Pastuszka
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

PA18DT

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: 11.000.000,00 złotych, wpłacony w całości.

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