

Ogólne warunki ubezpieczenia

MetLife Amplico™



**Ubezpieczenie
Szpitalne Plus**

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa podstawowa

Terminowe ubezpieczenie na życie w pakiecie ubezpieczeniowym

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. **biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
2. **data wejścia w życie Umowy** – datę wejścia w życie, oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
3. **data wygaśnięcia Umowy** – datę wygaśnięcia ubezpieczenia, oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
4. **rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania Umowy, który datą odpowiada dniowi wejścia w życie Umowy,
5. **składka** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jaką Ubezpieczający jest zobowiązany regularnie wpłacać Towarzystwu z tytułu niniejszej Umowy zgodnie z trybem jej opłacania. Obejmuje składkę za umowę podstawową oraz składki z tytułu umów dodatkowych,
6. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
7. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie Umowy oraz objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
8. **termin wymagalności składki** – dzień każdego kolejnego okresu obowiązywania Umowy, zgodnego z trybem opłacania składek, który dniem odpowiada dacie wejścia w życie Umowy,
9. **Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
10. **Ubezpieczający** – osobę fizyczną, która zawarła z Towarzystwem Umowę w celu niezwiązanym z prowadzoną działalnością gospodarczą,
11. **Ubezpieczony** – osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy,
12. **Umowa** – umowę ubezpieczenia, na którą składają się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, umowa podstawowa, umowy dodatkowe oraz wszelkie zgodne oświadczenia woli Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz Towarzystwa załączone do umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część,
13. **Uposażony** – osobę uprawnioną do otrzymania świadczeń przewidzianych Umową na wypadek śmierci Ubezpieczonego. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego,
14. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy,
15. **zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do zawarcia Umowy.

Artykuł 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed datą wygaśnięcia Umowy, pomniejszonej o wierzytelności Towarzystwa od Ubezpieczającego wynikające z tytułu niniejszej Umowy.

Artykuł 3. Kwalifikacja do ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który ukończył pierwszy (1) rok życia i nie ukończył siedemdziesiątego pierwszego (71) roku życia.
2. Zawarcie Umowy przed ukończeniem pierwszego (1) roku życia lub po ukończeniu siedemdziesiątego pierwszego (71) roku życia przez Ubezpieczonego jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki.

Artykuł 4. Początek ubezpieczenia

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dacie wejścia w życie Umowy, pod warunkiem opłacenia składki. Składka powinna wpłynąć do Towarzystwa w terminie 30 dni od daty wejścia w życie Umowy. W przypadku nieopłacenia składki w wyżej wymienionym terminie ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
2. Umowa zostaje zawarta następnego dnia po doręczeniu Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 3, 4 i 5 poniżej.
3. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści:
 - a) wniosku Ubezpieczającego lub
 - b) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

4. W przypadku określonym w punkcie 3a) powyżej, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dostarczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. Jeżeli Ubezpieczający oświadczy, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej jako „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, Umowa nie zostaje zawarta dnia następnego po doręczeniu Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i opłaceniu składki, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym będącym PEP następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

Artykuł 5. Błędne określenie wieku

Maksymalny wiek Ubezpieczonego umożliwiający zawarcie Umowy wynosi siedemdziesiąt (70) lat. Zawarcie Umowy po ukończeniu przez Ubezpieczonego siedemdziesiątego pierwszego (71) 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 mogą być skorygowane przez Towarzystwo w taki sposób, że suma ubezpieczenia zostanie przeliczona stosownie do wysokości składki, jaka byłaby należna od dnia wejścia w życie Umowy, gdyby wiek Ubezpieczonego został podany prawidłowo.

Artykuł 6. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu odstępującemu 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 udzielano ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 7. 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 8. Opłacanie składek

1. 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.
2. 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.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składek 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.
7. Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu druków / formularzy do opłacenia składek. Wysłanie takich druków / formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.
8. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu całej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

Artykuł 9. 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 wraz z kserokopią dowodu tożsamości Ubezpieczonego lub wzorem jego podpisu potwierdzonym notarialnie, w biurze głównym Towarzystwa lub jego upoważnionych przedstawicielstwach.
2. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej. Wszelkie wypłaty lub inne czynności dokonane przed dostarczeniem oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej, do Towarzystwa, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią, skutkują zwolnieniem Towarzystwa z wszelkich zobowiązań z tytułu Umowy.
3. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Artykuł 10. Zmiana Umowy na wniosek Ubezpieczającego

1. Warunki ochrony ubezpieczeniowej określone Umową mogą być zmienione najpóźniej na 60 dni przed rocznicą Umowy na podstawie wniosku Ubezpieczającego otrzymanego wraz z kserokopią jego dowodu tożsamości lub wzorem jego podpisu potwierdzonym notarialnie, w biurze głównym Towarzystwa lub jego upoważnionych przedstawicielstwach i 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.
2. Wszelkie zmiany Umowy wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

Artykuł 11. Wznowienie Umowy

Towarzystwo dopuszcza możliwość wznowienia w okresie 3 lat od dnia wygaśnięcia niniejszej Umowy z powodu nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający powinien złożyć pisemny wniosek do Towarzystwa o wznowienie Umowy wraz z kserokopią jego dowodu tożsamości lub wzorem jego podpisu potwierdzonym notarialnie, w biurze głównym Towarzystwa lub jego upoważnionych przedstawicielstwach. Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemną ofertę wznowienia. Po jej zaakceptowaniu Towarzystwo wystawi stosowny dokument potwierdzający wznowienie Umowy.

Artykuł 12. Śmierć Ubezpieczającego

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

Artykuł 13. Wypłata świadczenia

1. Uposażony jest zobowiązany do powiadomienia Towarzystwa o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczeń 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.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów, określonych poniżej:
 - kopii skróconego odpisu aktu zgonu,
 - formularza *Ubezpieczenie indywidualne z tytułu zgonu – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-01)* lub statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopii jednego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego poza granicami Polski Uposażony jest zobowiązany do przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej zgonu oraz okoliczności tego zdarzenia przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania za wiadomienia, doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze. 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 zasięgania dodatkowych opinii specjalistów.
6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, 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 Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 7 niniejszego artykułu.

Artykuł 14. Wygaśnięcie ubezpieczenia

1. Niniejsza Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) z datą wygaśnięcia Umowy, lub
 - c) w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po siedemdziesiątych piątych (75) urodzinach Ubezpieczonego.
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 15. 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 16. Niepodważalność Umowy

1. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, na 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 11 termin trzyletni, o którym mowa w punkcie 2 powyżej, 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 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 2000 r. Nr 54, poz. 654 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 w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo na adres biura głównego Towarzystwa do Departamentu Obsługi Klienta.
2. Korespondencja do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana w formie pisemnej pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej zaakceptowanej przez strony formie.

Artykuł 20. Właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

1. 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.
2. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane, bez zbędnej zwłoki, na adres biura głównego Towarzystwa do Departamentu Obsługi Klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle pisemnie lub w innej uzgodnionej ze skarżącym formie odpowiedź na skargę lub zażalenie. W przypadku nieuznania skargi przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Urząd 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, uprzednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie wzorem podpisu 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 jego dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie wzorem jego podpisu. Złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez Ubezpieczającego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

Warszawa, dnia 18 lipca 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Mirosław Kisyk
Członek Zarządu Towarzystwa

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby oraz całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek NW

Niniejsza umowa dodatkowa wraz z tabelą świadczeń jest częścią umowy ubezpieczenia, zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, który w dniu wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej ukończył pierwszy (1) rok życia, a nie ukończył sześćdziesiątego (60) 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:

- całkowite i trwałe inwalidztwo** – określone w tabeli świadczeń 100% inwalidztwo, które uniemożliwia Ubezpieczonemu podejmowanie jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą niepracującą w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, definicja całkowitego i trwałego inwalidztwa ze zdania poprzedzającego przestaje obowiązywać, a całkowite i trwałe inwalidztwo obejmuje wyłącznie następujące uszkodzenia ciała doznane wskutek nieszczęśliwego wypadku:
 - całkowita strata dwóch kończyn lub
 - całkowita strata wzroku w obu oczach, lub
 - całkowity i nieodwracalny paraliż
- postanowienia tabeli świadczeń, stanowiącej załącznik do niniejszej umowy dodatkowej, określające całkowite i trwałe inwalidztwo, nie mają zastosowania,
- choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego,
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacja nie jest w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych,
- niepoczytalność** – utratę przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- pacjent stały** – osobę, której hospitalizacja w związku z uszkodzeniem ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby trwałe nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu wpisania do chwili wypisania ze szpitala,
- pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający w pełnym wymiarze godzin zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakiegokolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
- 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. Początek odpowiedzialności

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

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Świadczenie szpitalne

- 1.1. Na podstawie niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo, niezależnie od innych świadczeń należnych z tytułu Umowy, wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie szpitalne, którego dzienna wysokość jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała będącego

skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, które powstały po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą umową dodatkową, Ubezpieczony przez przynajmniej 4 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako stały pacjent.

- 1.2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie szpitalne, jeżeli hospitalizacja była następstwem uszkodzenia ciała będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku i Ubezpieczony przez przynajmniej 4 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako stały pacjent. Dzienna wysokość tego świadczenia jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia dodatkowego dziennego świadczenia szpitalnego (NW).
- 1.3. Świadczenie szpitalne, w tym także dodatkowe świadczenie szpitalne, jest płatne od 1 dnia hospitalizacji, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 dni.
- 1.4. Okres hospitalizacji, za który naliczane jest świadczenie za pobyt w szpitalu dla każdego nieszczęśliwego wypadku lub choroby w ciągu trwania niniejszej umowy dodatkowej, nie może przekroczyć 180 dni.
- 1.5. 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.
- 1.6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego niniejszym punktem w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem opłacenia należnych składek do końca okresu karencji.

2. Całkowite i trwałe inwalidztwo

- 2.1. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy dodatkowej sumę ubezpieczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa powyżej, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego były wspomniane wyżej fizyczne obrażenia ciała, i
 - d) całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od dnia nieszczęśliwego wypadku i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nadal pozostaje całkowitym i trwałym inwalidztwem nierokującym dalszej poprawy po zakończeniu tego okresu.
- 2.2. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej, przy ocenie stopnia całkowitego i trwałego inwalidztwa zostanie uwzględniony stopień inwalidztwa istniejący uprzednio.
- 2.3. W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z niniejszym punktem 2 nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia na wypadek całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku (NW) wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- 2.4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego niniejszym punktem 2 w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomniejszonej o wierzitelności od Ubezpieczającego wynikające z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Artykuł 5. Zgłoszenie roszczenia

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do powiadomienia Towarzystwa o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczeń w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, a w przypadku niemożliwości powiadomienia wynikłej ze stanu jego zdrowia – w terminie 7 dni od dnia ustania tej przeszkody.
2. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby:
 - formularza *Ubezpieczenie indywidualne – Oświadczenie zgłaszającego (CL I-06)*,
 - formularza *Ubezpieczenie indywidualne – Oświadczenie lekarza (CL I-07)*,
 - 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, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podania adresu i nazwy instytucji prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku:
 - formularza *Ubezpieczenie indywidualne z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku – Oświadczenie zgłaszającego (CL I-03)*,
 - formularza *Ubezpieczenie indywidualne – Oświadczenie lekarza (CL I-04)*,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, prokuratury, sądu, o ile Ubezpieczony jest w ich posiadaniu lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
3. W przypadku pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

4. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia, doręczy Ubezpieczonemu odpowiednie, wyżej wymienione formularze. Przesłanie do Towarzystwa wyżej wymienionych oraz wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez Ubezpieczonego oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie przedstawił wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

Artykuł 6. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia całkowitego i trwałego inwalidztwa odpowiadającego warunkom niniejszej umowy dodatkowej. 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. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków hospitalizacji Ubezpieczonego wynikających lub związanych z:
 - a) rozmyślnym samookaleczeniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, choćby w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
 - b) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - c) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby zaistniałej w ciągu pierwszych 90 dni od daty wejścia w życie niniejszej umowy,
 - d) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszą umową dodatkową,
 - e) rehabilitacją,
 - f) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - g) wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - h) wszelkimi uszkodzeniami ciała lub chorobami istniejącymi przed datą wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej,
 - i) 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,
 - j) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - k) chorobą wywołaną bezpośrednio albo pośrednio przez wirus HIV, albo jakimkolwiek pochodny bądź podobny wirus lub chorobę,
 - l) uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa, rozmyślnym udziałem w innym czynnie niedozwolonym, innym naruszeniem prawa lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
 - m) jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, w ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji,
 - n) działaniami wojennymi lub zbrojnymi zarówno o charakterze międzynarodowym, jak i wewnętrznym, gwałtownymi zdarzeniami o charakterze rewolucji, buntu lub rebelii, przewrotem, zamachem stanu, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, kwarantanną, promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
 - o) zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć wszelkie czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia; manewry i inne czynności wojskowe o podobnym charakterze,
 - p) przelotem jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
2. Wypłata z tytułu całkowitego i trwałego inwalidztwa nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo:
 - a) jako skutek samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - b) w wyniku podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) w wyniku wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, powstania, zamieszek, strajków, rozruchów społecznych lub innego podobnego zajścia albo w wyniku obrażeń odniesionych w czasie pełnienia służby policyjnej, albo w czasie działania niezgodnego z prawem, albo stawiania oporu w trakcie zatrzymania lub aresztowania, albo w wyniku pełnienia służby wojskowej w jednostkach lądowych, morskich, powietrznych bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku uczestnictwa w organizacji paramilitarnej,
 - d) w wyniku promieniowania jądrowego lub wpływu energii jądrowej – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
 - e) na skutek działania trucizny, gazu, gazów spalinowych – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
 - f) w wyniku choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, lumbago, rwy kulszowej, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),

- g) jako rezultat następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miążdżystego,
 - h) na skutek uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
 - i) w wyniku jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - j) na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
3. Ponadto wypłata świadczenia nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku uprawiania niebezpiecznych sportów lub zajęć rekreacyjno-sportowych: sportów samochodowych i motorowych, jakichkolwiek sportów jeździeckich, powietrznych, wspinaczki górskiej, nurkowania, speleologii, sportów walki, strzelectwa.

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, do którego Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę 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 ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowa dodatkowa jest kontynuowana. W przypadku niez zaakceptowania 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 rozwiązana 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 przypadku, gdy:
 - 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,
 - b) umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność,
 - c) nastąpiła wypłata świadczenia opisanego w artykule 4 punkcie 2,
 - d) Ubezpieczony został w trakcie trwania niniejszej umowy dodatkowej uznany za niepczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności,
 - e) Ubezpieczony wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny,
 - f) w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątym (65) urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie.

Artykuł 9. Umowa dodatkowa jako część Umowy

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

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności Umowy Towarzystwo może uzależnić przyznanie świadczenia wynikającego z niniejszej umowy dodatkowej od przedstawienia dowodu, że pobyt w szpitalu był skutkiem uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa uszkodzenie ciała było skutkiem wyłącznie nieszczęśliwego wypadku,
- b) bez względu na postanowienia umowy podstawowej dotyczące wieku Ubezpieczonego zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po ukończeniu przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego (60) roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek,
- c) niniejsza umowa dodatkowa może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach umowy podstawowej tylko wtedy, gdy Umowa została wznowiona,
- d) niniejsza umowa dodatkowa nie upoważnia do premii nadzwyczajnej z zysku od zainwestowanych rezerw matematycznych.

Warszawa, dnia 18 lipca 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Mirosław Kisyk
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby oraz całkowitego i trwałego inwalidztwa wskutek NW

Tabela świadczeń całkowitego i trwałego inwalidztwa

– całkowita strata wzroku w obu oczach	100%
– całkowita strata obu ramion lub obu dłoni	100%
– całkowita głuchota, spowodowana urazem	100%
– strata dolnej szczęki	100%
– całkowita strata mowy	100%
– całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi	100%
– całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy	100%
– całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy	100%
– całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi	100%
– całkowita strata obu nóg	100%
– całkowita strata obu stóp	100%

Uszkodzenia głowy

– porażenia i niedowłady (stopnie podano w skali Lovett'a) – porażenie połowiczne lub paraplegia (porażenie kończyn dolnych), utrwalone (0-1°)	100%
– zespoły pozapiramidowe – utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
– zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego uniemożliwiające chodzenie	100%
– padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem i ekwiwalentami padaczkowymi uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	100%

Uwaga:

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza i typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa.

– zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie) – ciężkie zaburzenia psychiczne całkowicie uniemożliwiające jakąkolwiek pracę (zmiany otępienne, utrwalone psychozy)	100%
---	------

Uwaga:

Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG i obrazie TK (CT) i/lub RM (NMR) mózgu.

Zmiany psychoorganiczne wymagają potwierdzenia testami psychologicznymi.

– zaburzenia mowy:	
– afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100%
– afazja całkowita motoryczna	100%

Uszkodzenia narządu wzroku

– koncentryczne zwężenie pola widzenia przy zwężeniu poniżej 10° i przy ślepotcie drugiego oka w 100%	100%
---	------

Uszkodzenia krtani

– uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej z całkowitym bezgłosem	100%
---	------

Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

– uszkodzenie rdzenia kręgowego przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100%
– uszkodzenie rdzenia kręgowego – porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych	100%

Warszawa, dnia 18 lipca 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Mirosław Kisyk
Członek Zarządu Towarzystwa

Po opłaceniu składki
niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia
stają się częścią Twojej Polisy.

Prosimy o dokładne zapoznanie się
z nimi oraz zachowanie ich razem
z dokumentem Polisy.

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.

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