

Ogólne warunki ubezpieczenia

Ubezpieczeniowy pakiet medyczny

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- ambulans** – środek transportu przeznaczony do przewozu chorych lub rannych zarówno drogą lądową, jak i powietrzną,
- biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie przy ul. Przemysłowej 26,
- 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,
- data opłacenia składki** – dzień wpływu całej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo,
- data wejścia w życie Umowy** – datę wejścia w życie wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- data wygaśnięcia ubezpieczenia** – datę wygaśnięcia ubezpieczenia wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- data zawarcia ubezpieczenia** – datę doręczenia Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień określonych w art. 5,
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
- Konsorcjum WorldCare** – zwane dalej Konsorcjum, oznacza sieć specjalistów medycznych, zorganizowaną przez WorldCare International Ltd w celu udzielania osobom objętym ochroną konsultacji zgodnie z niniejszą Umową, na podstawie zawartej umowy o współpracy,
- konsultacja/e** – świadczenie opisane w art. 4 punkt 5 niniejszej Umowy – konsultację medyczną na wypadek choroby Ubezpieczonego,
- 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 lub chorobą trwała nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia 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,
- podpis wzorcowy** – zawarty we wniosku o ubezpieczenie podpis Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, stanowiący wzór, z jakim będą porównywane ich podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
- rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływanie korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
- 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 niniejszej Umowy zgodnie z trybem jej opłacania. Obejmuje składkę za umowę podstawową oraz składki z tytułu umów dodatkowych, jeśli są zawarte,
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek stanowiącą załącznik nr 1 lub 2 lub 3 do niniejszej Umowy, 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,
- szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całonocna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny,
- 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, oświadczenia zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz zaświadczenia lekarskie i wszelkie 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,
- uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania Umowy,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – dowolne z następujących zdarzeń, które zaszło po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową i przed datą wygaśnięcia ubezpieczenia oraz tytułem którego Towarzystwo może wypłacić świadczenie:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - hospitalizacja Ubezpieczonego z powodu uszkodzenia ciała lub choroby,
 - operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego z powodu uszkodzenia ciała lub choroby,
 - pozaszpitalne: transport ambulansem, wizyta lekarska, badania diagnostyczne Ubezpieczonego z powodu uszkodzeń ciała lub choroby,
 - choroba lub problem zdrowotny Ubezpieczonego określony w art. 4 punkt 5f) niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,
- zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do zawarcia Umowy,
- znieczulenie** – eliminowanie bólu podczas operacji i niektórych inwazyjnych badań diagnostycznych. Pod pojęciem znieczulenia rozumie się zarówno znieczulenie ogólne (tzw. narkozę), jak i znieczulenie miejscowe (tzw. regionalne).

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Kwalifikacja do ubezpieczenia

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła szósty (6) miesiąc życia i nie ukończyła sześćdziesięciu pięciu (65) lat.
- Przystąpienie do ubezpieczenia przed ukończeniem szóstego (6) miesiąca życia lub po ukończeniu sześćdziesiątego piątego (65) roku życia przez Ubezpieczonego jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki.

Artykuł 4. Zakres ubezpieczenia

Zakres ochrony niniejszej Umowy obejmuje:

- śmierć Ubezpieczonego,
- świadczenia szpitalne: przyjęcie do szpitala, pobyt w szpitalu, pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT), świadczenie rekonwalescencyjne,
- świadczenia operacyjne za zabiegi i operacje oraz znieczulenie,
- świadczenia pozaszpitalne: transport ambulansem, wizyta lekarska, badania diagnostyczne oraz konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego.

Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić określone poniżej świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie, gdy Umowa pozostawała w mocy:

1. Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego

Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskazanej w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

2. Świadczenia szpitalne

a) Świadczenie za przyjęcie do szpitala

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za przyjęcie do szpitala, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony został przyjęty do szpitala i przez ponad 2 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako pacjent stały. Wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu przyjęcia do szpitala. Świadczenie za przyjęcie do szpitala jest płatne maksymalnie dwa razy w ciągu każdego roku trwania niniejszej Umowy.

b) Świadczenie za pobyt w szpitalu

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za pobyt w szpitalu, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony przez przynajmniej 2 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako pacjent stały. Dzienna wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Świadczenie za pobyt w szpitalu jest płatne od 3 dnia hospitalizacji. Okres hospitalizacji, za który naliczane jest świadczenie za pobyt w szpitalu, dla każdego uszkodzenia ciała lub choroby w ciągu trwania niniejszej Umowy, nie może przekroczyć 180 dni. Następujące po sobie okresy hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, chyba że okres między tymi hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

c) Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)

W przypadku hospitalizacji na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów

medycznych, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za pobyt na tym oddziale, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii. Dzienna wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu pobytu na OIOM/OIT. Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii jest płatne od 1 dnia. Maksymalny okres pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, za który naliczane jest świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego roku trwania niniejszej Umowy.

d) Świadczenie rekonwalescencyjne

Jeżeli, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony po hospitalizacji pozostaje w domu w celu rekonwalescencji, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie rekonwalescencyjne. Jego dzienna wysokość jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu rekonwalescencji. Dienne świadczenie będzie płatne za okres równy liczbie dni, za które Ubezpieczony otrzymał świadczenie za pobyt w szpitalu.

3. Świadczenia operacyjne

a) Świadczenie za zabiegi i operacje

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za zabiegi i operacje, jeżeli w następstwie uszkodzeń ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony przebywał w szpitalu jako pacjent stały i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonym niniejszą Umową.

W przypadku uszkodzenia ciała polegającego na złamaniu kości świadczenie operacyjne związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w charakterze pacjenta stałego.

Kwota świadczenia za zabiegi i operacje stanowi procent sumy ubezpieczenia za zabiegi i operacje, określonej w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek. Procent ten przewidziany jest w Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, która stanowi załącznik nr 4 do niniejszej Umowy.

Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, świadczenie będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych dla poszczególnych operacji wykonanych podczas tej sesji. Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną niewyszczególnioną w Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, Towarzystwo ustali wysokość świadczenia, stosując wskaźnik procentowy operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności spośród znajdujących się w Tabeli.

b) Świadczenie za znieczulenie

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za znieczulenie, jeżeli w następstwie uszkodzeń ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony podczas odbytej operacji bądź zabiegu chirurgicznego został poddany znieczuleniu. Kwota świadczenia za znieczulenie stanowi 25% należnego świadczenia za zabiegi i operacje. Wypłata świadczenia za znieczulenie nastąpi tylko i wyłącznie za znieczulenia, którym został poddany Ubezpieczony podczas operacji bądź zabiegu chirurgicznego określonych niniejszą Umową.

4. Świadczenia pozaszpitalne

a) Świadczenie za transport ambulansem

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za transport ambulansem, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową, Ubezpieczony został przetransportowany do lub ze szpitala lub między szpitalami. Wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu transportu ambulansem. Świadczenie za transport ambulansem jest płatne Ubezpieczonemu maksymalnie za 3 przejazdy w ciągu każdego roku trwania niniejszej Umowy. Za przejazd uważa się drogę w jedną stronę do lub ze szpitala lub między szpitalami. Wypłata z tytułu niniejszego świadczenia nastąpi pod warunkiem, że Ubezpieczony został poddany hospitalizacji lub operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonych niniejszą Umową.

b) Świadczenie za wizytę lekarską

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za wizytę lekarską, która ma bezpośredni związek z byciem Ubezpieczonego w szpitalu w charakterze pacjenta stałego i związana jest z leczeniem po hospitalizacji lub ma bezpośredni związek z przebyciem przez niego operacją bądź zabiegiem chirurgicznym w wyniku uszkodzenia ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową. Wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu wizyty lekarskiej. Świadczenie to zostanie wypłacone maksymalnie za 2 wizyty lekarskie odbyte po każdej hospitalizacji lub przebytej operacji bądź zabiegu chirurgicznym określonych niniejszą Umową. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, iż do wizyty lekarskiej doszło w ciągu 180 dni od zakończenia hospitalizacji lub przebytej operacji bądź zabiegu chirurgicznego określonych niniejszą Umową.

c) Świadczenie za badania diagnostyczne

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za badania diagnostyczne, jeżeli były one związane bezpośrednio z leczeniem po hospitalizacji w charakterze pacjenta stałego lub po przebytej operacji bądź zabiegu chirurgicznym będących następstwem uszkodzeń ciała lub choroby, które powstały po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową. Wysokość tego świadczenia jest określona w Tabeli świadczeń, sum ubezpiecze-

nia oraz składek jako suma ubezpieczenia z tytułu badań diagnostycznych. Świadczenie to zostanie wypłacone maksymalnie za 2 badania diagnostyczne związane z każdą hospitalizacją lub operacją bądź zabiegiem chirurgicznym określonych niniejszą Umową. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, iż do badania diagnostycznego doszło w ciągu 180 dni od zakończenia hospitalizacji lub przebytej operacji bądź zabiegu chirurgicznym określonych niniejszą Umową.

5. Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego

a) Towarzystwo opłaci koszty konsultacji medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia wymienionych w artykule 4 punkt 5 f) niniejszej Umowy chorób lub problemów zdrowotnych, które wystąpiły po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą Umową i z tytułu których Ubezpieczony zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie konsultacji medycznej, do której jest uprawniony na podstawie niniejszej Umowy. Konsultacje medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.

b) Konsultacja medyczna obejmuje:

- 1) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
- 2) jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
- 3) jedną konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony wniesie o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie 1) i 2) powyżej, uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna konsultacja,
- 4) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
- 5) telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego a specjalistą Konsorcjum.

c) Jeśli wielokrotnie badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.

Dodatkowe pytania lub wnioski o dalsze informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.

d) Liczba konsultacji jest ograniczona do:

- 1) dwóch w każdym roku trwania niniejszej Umowy i
- 2) sześciu w okresie objęcia Ubezpieczonego niniejszą Umową.

e) WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji zgodnie z niniejszą Umową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

f) Ubezpieczony uprawniony jest do uzyskania konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:

- 1) Nowotwór
- 2) Zawał mięśnia sercowego
- 3) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego
- 4) Śpiączka
- 5) Udar mózgu
- 6) Stwardnienie rozsiane
- 7) Porażenie, niedowład
- 8) Przewlekła obturacyjna choroba płuc
- 9) Rozedma płuc
- 10) Choroby zapalne jelit
- 11) Przewlekła choroba wątroby
- 12) Niewydolność nerek
- 13) Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy
- 14) Cukrzyca
- 15) Choroba zakrzepowo-zatorowa
- 16) Amputacja
- 17) Reumatoidalne zapalenie stawów
- 18) Czerniak złośliwy
- 19) Rozległe oparzenia
- 20) Nagła ślepota spowodowana chorobą
- 21) Przeszczep narządów
- 22) Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego
- 23) Inne podobne choroby zagrażające życiu.

g) Konsultacje uzyskane na podstawie niniejszej Umowy są udzielane przez Konsorcjum i oferowane za pośrednictwem Towarzystwa. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane konsultacje. Towarzystwo nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd dotyczące konsultacji udzielanych na podstawie niniejszej Umowy.

6. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe określone punktami 2, 3, 4 powyżej miało miejsce w okresie karencji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej dla powyższych zdarzeń ubezpieczeniowych pomniejszonej o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.

Artykuł 5. 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 oświadczy, 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 6. Błędne określenie wieku

Maksymalny wiek Ubezpieczonego umożliwiający zawarcie niniejszej umowy wynosi 64 lata. Zawarcie niniejszej 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 niniejszej Umowy zostaną skorygowane w następujący sposób: suma ubezpieczenia zostanie przeliczona stosownie do wysokości składki, jaka byłaby należna od dnia wejścia w życie Umowy, gdyby wiek Ubezpieczonego został podany prawidłowo.

Artykuł 7. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

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 8. Wygaśnięcie ubezpieczenia

- Niniejsza Umowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłacił składkę. Okres ten upływa w dniu poprzedzającym termin wymagalności składki.
- Niniejsza Umowa wygasa także w każdym z następujących przypadków:
 - po dziesięciu latach od daty wejścia w życie Umowy lub
 - w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątych (65) urodzinach Ubezpieczonego, lub
 - gdy nastąpiła wypłata świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, lub
 - gdy którakolwiek składka z tytułu Umowy nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w Umowie – z upływem ostatniego dnia okresu karencji, lub
 - zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania konsultacji medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego.W przypadku opisanym w punkcie e) wygaśnięcie dotyczy jedynie świadczenia z zakresu konsultacji medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego. Towarzystwo w takiej sytuacji zwróci Ubezpieczającemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej oraz wyśle do Ubezpieczającego informację o aktualnej wysokości składki.
- Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania Umowy wypowiedzieć Umowę w formie pisemnej ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
- Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa Umowa może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest wygaśnięcie Umowy.

Artykuł 9. Opłacanie składek

- Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ochrony, 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.
- Niniejsza Umowa może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za Umowę i inne jej warunki mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. W przypadku zmiany warunków Towarzystwo po-

wiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą wymagalności kolejnej składki. Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za Umowę w wysokości zaoferowanej przez Towarzystwo do końca okresu karencji jest równoznaczne z zaakceptowaniem zmienionych warunków, na jakich Umowa jest kontynuowana. Nieopłacenie oferowanej składki oznacza niezaakceptowanie przez Ubezpieczającego zmienionych warunków Umowy, która nie będzie kontynuowana przez kolejny okres i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

- 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 wyśle 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 opłacania składek. Wysyłanie takich druków/formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.

Artykuł 10. 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 11. Wypłata świadczenia

1. Powiadomienie o roszczeniu

- Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do Towarzystwa wypełnionych formularzy oraz dodatkowych, niżej wyszczególnionych dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszej Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
- W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

2. Wymagane dokumenty do zgłoszenia roszczenia

W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów określonych dla każdego świadczenia poniżej:

- Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego:
 - 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, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopii jednego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.

W przypadku zgonu Ubezpieczonego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej zgonu oraz okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

- Świadczenia szpitalne, operacyjne, pozaszpitalne:
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,
 - zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego,
 - kopii karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej informacje dotyczące: rozpoznania, przeprowadzonej diagnostyki, zastosowanego leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia operacyjnego, zalecenia do odbycia kontrolnej wizyty lekarskiej po przebytej hospitalizacji,
 - kopii zaświadczenia lekarskiego o zastosowanym znieczuleniu,
 - kopii skierowania wydanego przez lekarza dotyczącego przeprowadzenia badań kontrolnych, diagnostycznych związanych z przebyciem hospitalizacją wraz z kopia wyniku badania,
 - kopii karty wyjazdowej ambulansu lub zaświadczenia medycznego potwierdzającego transport ambulansem z określeniem drogi transportu (do lub ze szpitala lub między szpitalami),
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

- Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego: Wniosek o konsultację z tytułu niniejszej Umowy składa Ubezpieczony lub jego lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu.

Przedstawiciel Konsorcjum WorldCare poinformuje Ubezpieczonego lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej konsultacji. WorldCare

International Ltd zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników konsultacji otrzymanych z Konsorcjum WorldCare.

3. Wypłata świadczenia

- 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 punkcie 3a) niniejszego artykułu.

Artykuł 12. Wykluczenia

- Niniejsza Umowa nie obejmuje ochroną przypadków hospitalizacji lub operacji (zabiegu chirurgicznego) Ubezpieczonego wynikających lub związanych z:
 - rozmyślnym samookaleceniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, choćby w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności,
 - wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź operacją (zabiegiem chirurgicznym) z powodu choroby zaistniałej w ciągu pierwszych 30 dni od daty wejścia w życie niniejszej Umowy,
 - chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszą Umową,
 - rehabilitacją,
 - wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 - wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 - wszelkimi uszkodzeniami ciała lub chorobami istniejącymi przed datą wejścia w życie niniejszej Umowy,
 - przewlekłym alkoholizmem, nadużywaniem alkoholu, nadużywaniem lub uzależnieniem od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie hospitalizacji,
 - chorobą wywołaną bezpośrednio albo pośrednio przez wirus HIV, albo jakikolwiek pochodny bądź podobny wirus lub chorobę,
 - 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,
 - jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
 - 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,
 - zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
 - leczeniem lub operacją migdałków w okresie pierwszych 180 dni od daty wejścia w życie niniejszej Umowy,
 - przelotem jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
- Konsultacje z tytułu niniejszej Umowy nie będą udzielane, jeżeli choroby lub problemy zdrowotne spowodowane są bezpośrednio lub pośrednio przez:
 - usiłowanie popełnienia samobójstwa, samookalecenie lub okaleczenie na skutek działania osób trzecich za wiedzą Ubezpieczonego,
 - nadużycie alkoholu lub leczniczo nieuzasadnione użycie środków farmaceutycznych, oraz użycie narkotyków,
 - zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespół związany z AIDS, choroby przenoszone drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
 - skażenie radioaktywne,
 - działanie trujących albo trujących gazów lub oparów,
 - wady wrodzone lub wady, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Artykuł 13. Śmierć Ubezpieczającego

- W przypadku śmierci Ubezpieczającego, będącego inną osobą niż Ubezpieczony, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z Umowy przechodzą na jego spadkobierców.
- 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 14. 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 na wypadek śmierci należne z tytułu Umowy przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

Artykuł 15. Niepodważalność Umowy

- 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.
- Po upływie trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
- W przypadku wznowienia Umowy zgodnie z artykułem 16, 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. 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 17. Cesja praw z Umowy

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

Artykuł 18. 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 wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

Artykuł 19. Doręczenia

- 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.
- 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 20. Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

- Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzeczników Ubezpieczonych.

Artykuł 21. 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 22. Należności, opłaty, podatki

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

Artykuł 23. 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.

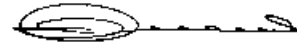


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Artykuł 24. 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



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 1 do Umowy

Ubezpieczeniowy pakiet medyczny

Tabela świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek

Uwaga: wszystkie kwoty świadczeń, sum ubezpieczenia i składek wyrażone są w złotych

Wariant srebrny

Świadczenia	Suma ubezpieczenia	Maksymalna kwota świadczenia	Składka roczna				
			0,5-19	20-34	35-44	45-54	55-64
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego	100,00		4,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Świadczenia szpitalne	przyjęcie do szpitala	200,00					
	pobyt w szpitalu	100,00					
	pobyt na OIOM/OIT	100,00					
	rekonwalescencja	50,00					
Świadczenia operacyjne	zabiegi i operacje zgodnie z Załącznikiem nr 4 w kwocie do	2 000,00					
	znieczulenie	25% należnego świadczenia operacyjnego					
Świadczenia pozaszpitalne	transport ambulansem	200,00					
	wizyta lekarska	100,00					
	badania diagnostyczne	50,00					
Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego	—		36,00	36,00	36,00	36,00	36,00
Składka za pakiet:			770,00	820,00	895,00	1 120,00	1 320,00

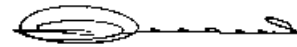
* dla każdego uszkodzenia ciała lub choroby

** dla każdego roku trwania niniejszej Umowy

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 2 do Umowy

Ubezpieczeniowy pakiet medyczny

Tabela świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek

Uwaga: wszystkie kwoty świadczeń, sum ubezpieczenia i składek wyrażone są w złotych

Wariant złoty

Świadczenia	Suma ubezpieczenia	Maksymalna kwota świadczenia	Składka roczna				
			0,5-19	20-34	35-44	45-54	55-64
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego	100,00		4,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Świadczenia szpitalne	przyjęcie do szpitala	300,00					
	pobyt w szpitalu	150,00					
	pobyt na OIOM/OIT	150,00					
	rekonwalescencja	75,00					
Świadczenia operacyjne	zabiegi i operacje zgodnie z Załącznikiem nr 4 w kwocie do	3 000,00					
	znieczulenie	25% należnego świadczenia operacyjnego					
Świadczenia pozaszpitalne	transport ambulansem	250,00					
	wizyta lekarska	150,00					
	badania diagnostyczne	75,00					
Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego	—		36,00	36,00	36,00	36,00	36,00
Składka za pakiet:			1 095,00	1 170,00	1 270,00	1 620,00	1 920,00

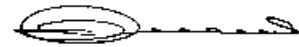
* dla każdego uszkodzenia ciała lub choroby

** dla każdego roku trwania niniejszej Umowy

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 3 do Umowy

Ubezpieczeniowy pakiet medyczny

Tabela świadczeń, sum ubezpieczenia oraz składek

Uwaga: wszystkie kwoty świadczeń, sum ubezpieczenia i składek wyrażone są w złotych

Wariant platynowy

Świadczenia	Suma ubezpieczenia	Maksymalna kwota świadczenia	Składka roczna				
			0,5-19	20-34	35-44	45-54	55-64
Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego	100,00		4,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Świadczenia szpitalne	przyjęcie do szpitala	400,00					
	pobyt w szpitalu	200,00					
	pobyt na OIOM/OIT	200,00					
	rekonwalescencja	100,00					
Świadczenia operacyjne	zabiegi i operacje zgodnie z Załącznikiem nr 4 w kwocie do	4 000,00					
	znieczulenie	25% należnego świadczenia operacyjnego					
Świadczenia pozaszpitalne	transport ambulansem	300,00					
	wizyta lekarska	200,00					
	badania diagnostyczne	150,00					
Konsultacja medyczna na wypadek choroby Ubezpieczonego	—		36,00	36,00	36,00	36,00	36,00
Składka za pakiet:			1 420,00	1 520,00	1 670,00	2 120,00	2 520,00

* dla każdego uszkodzenia ciała lub choroby

** dla każdego roku trwania niniejszej Umowy

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Norbert Rawa
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 4 do Umowy

Ubezpieczeniowy pakiet medyczny

Tabela przykładowych operacji i zabiegów chirurgicznych spowodowanych zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym niniejszą Umową wraz z odpowiadającymi im wskaźnikami procentowymi
Tabela świadczeń operacyjnych w %

Rodzaje operacji i zabiegów chirurgicznych	Maksymalny wskaźnik procentowy świadczenia operacyjnego	Rodzaje operacji i zabiegów chirurgicznych	Maksymalny wskaźnik procentowy świadczenia operacyjnego
Chirurgia ogólna			
Usunięcie paznokcia	5	Artroskopowe wycięcie łąkotki	50
Nacięcie ropnia	5	Amputacja palca ręki (za każdy palec)	25
Usunięcie tarczycy	75	Amputacja śródreżcza, śródstopia	25
Doszczętne odjęcie jednego lub obu sutków wraz z zawartością dołu pachowego	75	Amputacja na poziomie nadgarstka, stępu i powyżej	75
Proste odjęcie jednego lub obu sutków (piersi)	50	Operacje ścięgien, kaletek, przykurczu De Quervain, palca trzaskającego	10
Częściowe wycięcie sutka	25	Operacje palucha koślawego, deformacji palców, płaskostopia	25
Wycięcie guzka lub torbieli sutka	25	Operacja zeszczenia uszkodzonych ścięgien	25
Jama brzuszna			
Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	50	Artroskopowa operacja barku lub kolana	50
Wycięcie wyrostka robaczkowego	25	Leczenie zerwania ścięgna Achillesa	50
Drenaż ropnia wewnątrzbrzuszego	25	Operacyjne usztywnienie stawu średniej wielkości, np. skokowego	50
Operacja przepukliny: pachwinowej, pępkowej, udowej, kresy białej, pooperacyjnej	25	Leczenie złamania śródstawowego – nadkłykciowego kości ramiennej, barku, kolana	50
Wycięcie częściowe lub całkowite żołądka, vagotomia, plastyka odźwiernika	50	Pełna protezoplastyka stawu biodrowego, kolana, barku	100
Zeszczenie przedziurawionego wrzodu trawiennego	50	Leczenie operacyjne złamań kręgosłupa, stabilizacja, usztywnienie kręgosłupa	100
Nacięcie jelita	50	Urologia	
Wycięcie guza jamy brzusznej	75	Usunięcie nerki	75
Wycięcie brzuszno-kroczone odbytnicy	100	Usunięcie guzów lub kamieni nerki, pęcherza, cewki moczowej: (a) chirurgicznie	75
Przebrzuszną operacją wypadania odbytnicy	75	(b) endoskopowo	25
Szczelina odbytu, przetoka odbytu, ropień okołoodbytniczy	25	Wycięcie prostaty (gruczołu krokowego) przezbrzuszne	75
Wycięcie żyłaków odbytu	25	Przezcewkowe wycięcie prostaty	50
Leczenie ropnia wątroby z otwarciem jamy brzusznej	50	Wycięcie jądra, najądrza	25
Wycięcie torbieli pasożytniczej wątroby	75	Operacja cewki moczowej	25
Częściowe wycięcie wątroby	75	Nadłonowa przetoka pęcherza moczowego	75
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	75	Całkowite wycięcie pęcherza	100
Operacja trzustki	100	Operacja plastyczna cewki moczowej, nerki,	50
Wycięcie śledziony	75	Litotrypsja, kruszenie kamieni moczowych	50
Usunięcie polipa jelita	25	Obrzezanie	10
Operacyjne leczenie przetoki jelita cienkiego, grubego	50	Operacja wodniaka jądra, żyłaków powrózka	25
Zespoleenie jelitowe	50	Wprowadzenie cewnika pig-tail	10
Całkowite wycięcie jelita grubego	75	Podwiązanie nasieniowodów	25
Zespoleenie żółciowo-jelitowe, plastyka zwieracza brodawki dwunastnicy (Vatera)	75	Usunięcie uchyłków pęcherza moczowego	50
Litotrypsja, kruszenie kamieni żółciowych	50	Plastyka ciał jamistych	50
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.		Częściowe wycięcie moczowodu z zespoleniem	50
		Całkowite wycięcie prącia wraz z układem chłonnym	100
		Całkowite wycięcie prostaty (gruczołu krokowego) z powodu raka wraz z układem chłonnym	100
		Laryngologia	
Węzły chłonne			
Wycięcie węzłów pachowych, pachwinowych	50	Operacja plastyczna warg	25
Chirurgia klatki piersiowej			
Torakoplastyka – plastyka klatki piersiowej	100	Wycięcie wędzidełka języka	10
Wycięcie płuca lub płata płuca	100	Operacja guza jamy ustnej	25
Częściowe wycięcie płata płuca	50	Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej	75
Wycięcie torbieli pasożytniczej płuca	75	Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej z powodu guza	50
Częściowe wycięcie przełyku	75	Wycięcie torbieli bocznej szyi, przetoki	50
Operacja serca, aorty piersiowej	100	Wycięcie torbieli pośrodkowej (środkowej) szyi, przetoki	50
Drenaż klatki piersiowej	25	Operacja ucha wewnętrznego, środkowego	25
Nakłucie opłucnej	10	Usunięcie migdałków podniebiennych	25
Usunięcie guza śródpiersia z dostępu przez mostek	75	Wycięcie krtani	75
Pleurodeza	25	Operacja struny głosowej	25
Leczenie odmy opłucnowej z otwarciem klatki piersiowej	50	Wycięcie języczka podniebienia	25
Zwiadowcze otwarcie klatki piersiowej	50	Zastosowanie rurki intubacyjnej	10
Założenie stentu do oskrzela lub tchawicy	50	Tracheostomia, tracheotomia – przetoka tchawicza	25
Ortopedia			
Leczenie operacyjne złamania kości długiej	50	Nacięcie ropnia lub krwiaka jamy ustnej	10
Leczenie operacyjne złamania innych kości	25	Usunięcie polipa ucha	10
Leczenie złamania prostego (zachowawcze)	10	Nacięcie ropnia okołomigdałkowego	10
Leczenia złamania obojczyka, żeber, paliczków, nadgarstka, śródreżcza, stępu, śródstopia, kręgu	10	Nakłucie błony bębenkowej	10
Otwarcie stawu, w tym usunięcie ciała wolnego	50	Usunięcie narośli i kostniaków z otworu słuchowego zewnętrznego	25
Wycięcie torbieli galaretowatej (ganglionu)	10	Usunięcie żuchwy (całkowite lub częściowe)	75
Wycięcie narośli kostnej	25	Operacje resekcyjne gardła, krtani	75
Operacja w zespole cieśni nadgarstka	25	Operacje nerwu przedścionkowego	75
Leczenie zwichnięcia barku, łokcia, nadgarstka, stawu skokowego, biodra, kolana	10	Operacja strzemiączka	50
Leczenia zwichnięcia rzepki	10	Rekonstrukcja błony bębenkowej	50
Leczenia zwichnięcia palca ręki	10	Wycięcie ślimaka	50
		Plastyka przegrody nosa, operacja małżowin nosowych, sitowia	50
		Operacja zatok przynosowych	50
		Ginekologia	
		Całkowite usunięcie macicy	75
		Częściowe usunięcie macicy	50
		Usunięcie jajowodu	50

Usunięcie jajnika
 Wycięcie mięśniaka
 Wycięcie polipów szyjki macicy
 Usunięcie torbieli Bartolina, kauteryzacja szyjki macicy
 Klinowe (stożkowe) wycięcie szyjki macicy
 Plastyka krocza
 Całkowite wycięcie pochwy
 Plastyka jajowodu
 Klinowe wycięcie jajnika
 Zabiegi laparoskopowe
 Zabiegi histeroskopowe

Neurochirurgia

Operacja mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych
 Operacja złamania mózgowoczaszki
 Operacja plastyczna czaszki
 Trepanopunkcja zwiadowcza/paliatywna
 Operacja tętniaka mózgu
 Operacja guza mózgu
 Usunięcie oponiaka
 Otwarcie czaszki
 Operacja wady naczyniowej mózgu
 Operacja nerwu słuchowego
 Operacja krążka lub krążków międzykręgowych
 Operacja guza rdzenia kręgowego
 Inne operacje rdzenia kręgowego
 Zeszycie nerwu obwodowego
 Wycięcie nerwiaka
 Sympatektomia

Dermatologia

Biopsja (pobranie wycinka) skóry
 Wycięcie kaszaka (torbieli gruczołu łojowego)
 Elektroresekcja brodawczaków (kilku)

Okulistyka

Zeszycie rogówki
 Zeszycie spojówki
 Usunięcie soczewki – przednie
 Usunięcie soczewki – tylne
 Usunięcie gradówki
 Operacja zaćmy
 Operacja jaskry
 Usunięcie gałki ocznej
 Usunięcie skrzydlika
 Operacje powiek – wywinięcie, wwinięcie
 Operacja odwarstwienia siatkówki
 Wycięcie gruczołu łzowego
 Irydektomia, przypadkowe wycięcie tęczówki, udrożnienie kąta przesączania

50 Operacyjna korekcja astygmatyzmu 25
 50 Operacja zeza 50
 10 Operacyjne udrożnienie dróg łzowych 50
 25 Operacyjna korekcja twardówki 50
 25 Wszczepienie, usunięcie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej 50
 25 Przeszczep rogówki 25
 50 Powierzchnowy uraz rogówki, spojówki 10
 50 Szew tarczki powieki, plastyka powieki 10
 25 Leczenie schorzeń nabłonka rogówki 10
 50 Redukcja soczewki, nakłucie przedniej komory oka, zaćma wtórna 25
 25 Membranektomia 10

Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna

100 Korekta blizny 10
 75 Plastyka płatem skórny 25
 100 Przeszczep skórny 25
 100 Plastyka licznych ścięgien i nerwów 50
 100 Odbarczenie nerwu twarzowego 75
 100 Osteotomia czołowo-twarzowa 100

Chirurgia tętnic

100 Plastyka tętnicy 50
 75 Operacja tętniaka aorty brzusznej, tętnicy biodrowej, udowej 100
 50 Operacja aorty brzusznej, piersiowej, tętnic biodrowych 100
 100 Koronarografia – angiografia naczyń wieńcowych 50
 75 Embolektomia, trombektomia, usunięcie zatoru lub zakrzepicy tętnicy 50
 50 Angioplastyka tętnicy szyjnej 75

Chirurgia żył

Wycięcie żyłaków:
 (a) jednej kończyny dolnej 25
 (b) obu kończyn dolnych 50
 5 Podwiązanie żyłaków 10
 5 Chirurgiczne zaopatrzenie żyły po urazie 25
 Trombektomia żylna, usunięcie skrzepliny z żyły 25

Zabiegi diagnostyczne

10 Laryngoskopia 10
 10 Bronchoskopia, esofagoskopia, gastroscopia, rektoskopia,
 50 rektosigmoidoskopia, kolonoskopia, uretrocystoskopia 10
 10 Laparoscopia 25
 50 Nakłucie lędźwiowe 10

Zabiegi specjalne

10 Przeszczep szpiku kostnego, przeszczep komórek macierzystych 100

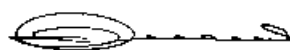
Guzy

25 W przypadku leczenia radioterapią maksymalny wskaźnik procentowy świadczenia operacyjnego będzie równy wskaźnikowi z tytułu wycięcia guza.

Warszawa, dnia 19 grudnia 2011 roku



Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa



Norbert Rawa
 Członek Zarządu Towarzystwa

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

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

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

MetLife AmplicoSM

Amplico Life S.A.

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