

Ogólne warunki ubezpieczenia

MetLife AmplicoSM

Ubezpieczeniowy Pakiet Ochrona Życia i Zdrowia

Część I – Umowa

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia, wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, wszelkimi pisemnymi oświadczeniami woli Ubezpieczonego oraz Towarzystwa związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, stanowią całość umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczonym oraz Towarzystwem, zwanej dalej Umową. Ubezpieczony powinien uważnie zapoznać się z treścią niniejszego dokumentu opisującego warunki i zasady funkcjonowania Umowy i w przypadku jakichkolwiek niejasności skontaktować z Towarzystwem.

1. Warunki Umowy

Umowa wchodzi w życie w dacie wejścia w życie Umowy i wygasa w dacie wygaśnięcia ubezpieczenia lub wcześniej, zgodnie z punktami opisanymi w części VII – Wygaśnięcie ubezpieczenia, z uwzględnieniem punktu 2 poniżej – Opłacanie składek.

2. Opłacanie składek

- Składki płatne są z góry w terminach określonych w Umowie. Składka może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym, kwartalnym lub miesięcznym po wcześniejszym uzgodnieniu przez strony Umowy. Na wniosek Ubezpieczonego oraz za zgodą Towarzystwa, w trakcie trwania Umowy może nastąpić zmiana trybu opłacania składek. Zmiana taka nie stanowi zmiany Umowy.
- Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składek w wysokości i trybie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Począwszy od drugiej należytnej składki, Ubezpieczonemu, 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 Ubezpieczonego składki w terminie wymagalności Towarzystwo wyśle do Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonemu druków / formularzy do opłacania składek. Wysłanie takich druków / formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.

Część II – Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- data opłacenia składki** – dzień wpływu całej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo,
- data wejścia w życie Umowy** – datę oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako datę wejścia w życie Umowy,
- data wygaśnięcia ubezpieczenia** – datę wygaśnięcia ubezpieczenia oznaczoną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
- data zawarcia ubezpieczenia** – datę doręczenia Ubezpieczonemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień określonych w części VIII, punkt 2,
- groźna choroba** – dowolną z następujących chorób: rak, zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego, udar, niewydolność nerek, przeszczep narządów, utrata wzroku. Definicje tych chorób są podane w części III, punkt 3,
- nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące fizyczne obrażenia ciała będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego w ciągu 180 dni od daty tegoż wypadku,
- 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/Ubezpieczonego, stanowiący wzór, z jakim będą porównywane ich podpisy pod późniejszymi wnioskami i oświadczeniami,
- rocznica Umowy** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania Umowy, który datą odpowiada dniowi wejścia w życie Umowy,
- składka** – łączną kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia lub w stosownym załączniku, jaką Ubezpieczony jest zobowiązany regularnie wpłacać Towarzystwu z tytułu niniejszej Umowy zgodnie z trybem jej opłacania, zawierającą opłatę stałą. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonego, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy,
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 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, która zawarła z Towarzystwem Umowę,
- Ubezpieczony** – osobę, której życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy i na potrzeby niniejszej Umowy jest także Ubezpieczającym,
- Uposażony** – osobę wyznaczoną na piśmie jako uprawnioną do otrzymania świadczeń przewidzianych Umową na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- zdarzenie ubezpieczeniowe** – dowolne z następujących zdarzeń, które zaszło przed datą wygaśnięcia ubezpieczenia i tytułem którego Towarzystwo może wypłacić świadczenie:
 - śmierć Ubezpieczonego,
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - zdiagnozowanie groźnej choroby zdefiniowanej w części III, punkt 3,
 - całkowite i trwałe inwalidztwo zdefiniowane w części III, punkt 4,
- zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczona, aby doszło do zawarcia Umowy.

Część III – Zakres ubezpieczenia

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 wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pomniejszonej o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

2. Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

Dodatkowo do świadczenia wymienionego w punkcie 1 niniejszej części, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Definicja nieszczęśliwego wypadku podana jest w części II, punkt 7.

3. Świadczenie na wypadek groźnej choroby

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby Ubezpieczonego, określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego oraz pojawienia się po raz pierwszy objawów groźnej choroby nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy i przed datą wygaśnięcia ubezpieczenia. Świadczenie na wypadek groźnej choroby zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania groźnej choroby. Warunkiem wypłaty świadczenia jest doręczenie Towarzystwu

pisemnego potwierdzenia zdiagnozowania groźnej choroby. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu groźnej choroby. Świadczenie zostanie pomniejszone o należne i nieopłacone składki z tytułu niniejszej Umowy. Groźna choroba w rozumieniu niniejszej Umowy oznacza dowolną z poniżej określonych chorób:

a) Nowotwór złośliwy

Guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinią lekarza onkologa lub patologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- 1) zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, zawierające, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- 2) nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
- 3) raki gruczołu krokowego w skali TNM opisywane jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawkowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawkowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali RAI,
- 4) wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.

b) Zawał mięśnia sercowego

Obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta łącznie na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które składają się na świeży zawał mięśnia sercowego:

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

c) Udar

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęcznicze lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowo. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- 1) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się co najmniej przez 6 tygodni po dokonaniu incydencie mózgowym,
- 2) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego incydentu mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
- b) odwracalny niedokrwienno-ubyttek neurologiczny,
- c) uszkodzenie mózgu spowodowane wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
- d) choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
- e) zaburzenia układu równowagi (układu przedsionkowego ucha wewnętrznego) wynikające z niedokrwienia.

d) Choroba niedokrwienna serca wymagająca leczenia operacyjnego

Faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów.

Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- 1) angioplastyka,
- 2) wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

e) Niewydolność nerek

Przewlekłe, nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek wymagające stałego, regularnego odbywania dializy nerki lub jej przeszczepu.

f) Przeszczepianie narządów

Leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:

- 1) przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
- 2) przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone.

g) Utrata wzroku

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

4. Świadczenie z tytułu gwarancji opłacania składek

- a) W przypadku, gdy Ubezpieczony dozna całkowitego i trwałego inwalidztwa zdefiniowanego poniżej, co zostanie potwierdzone dowodami na piśmie zgodnie z wymaganiami Towarzystwa, zobowiązuje się ono przejąć na siebie obowiązek opłacania składek należnych z tytułu Umowy. Gwarancja opłacania składek obowiązuje wyłącznie w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa, które trwało nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i na koniec tego okresu nadal pozostaje całkowitym i trwałym inwalidztwem, nierokującym poprawy

w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Gwarancja opłacania składek obejmuje czas trwania inwalidztwa i rozpoczyna się od pierwszej składki, której wymagalność przypada po jego zaistnieniu.

- b) Przez całkowite i trwale inwalidztwo rozumie się całkowitą i trwałą niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie z powodu obrażeń ciała lub choroby, pod warunkiem że inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, licząc od dnia jego powstania i po zakończeniu tego okresu nadal pozostaje ono całkowitym i trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnej wiedzy medycznej. Niezależnie od powyższych stwierdzeń w przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą niepracującą w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo uznaje za całkowite i trwale inwalidztwo wyłącznie całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku lub utratę:
 - 1) obu dłoni powyżej nadgarstków lub
 - 2) obu stóp powyżej kostek, lub
 - 3) jednej dłoni powyżej nadgarstka i jednej stopy powyżej kostki.Gwarancja opłacania składek nie dotyczy całkowitego i trwałego inwalidztwa, które powstało w wyniku choroby lub chorób zdefiniowanych w punkcie 3 niniejszej części.
- c) Gwarancja opłacania składek obowiązuje wyłącznie w przypadku całkowitego i trwałego inwalidztwa, jeżeli:
 - 1) powstało ono w wyniku obrażeń ciała doznanych lub choroby przebytej po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) do dnia jego powstania składki z tytułu Umowy były opłacone w terminie. Ubezpieczony jest zobowiązany do opłacania składek także w trakcie 6-miesięcznego okresu wspomnianego powyżej w niniejszym punkcie. W przypadku przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek Ubezpieczonemu zwrócone zostaną składki opłacone przez niego za okres, który przypada po dacie zaistnienia całkowitego i trwałego inwalidztwa.
- d) Niezależnie od uznania przez Towarzystwo dowodów potwierdzających powstanie całkowitego i trwałego inwalidztwa w rozumieniu niniejszej Umowy, Ubezpieczony ma obowiązek na żądanie Towarzystwa dostarczyć w wyznaczonym terminie wymagane zaświadczenia o ciągłości całkowitego i trwałego inwalidztwa. Jeżeli Ubezpieczony nie dostarczy wymaganego zaświadczenia albo uzyska zdolność do podjęcia działalności gospodarczej lub wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, wszystkie składki należne od tego momentu powinny być opłacone przez Ubezpieczonego zgodnie z warunkami Umowy.

Część IV – Dodatkowe świadczenie za kontynuację ubezpieczenia

W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego daty wygaśnięcia ubezpieczenia i opłacenia wszystkich składek należnych do tej daty, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowe świadczenie za kontynuację ubezpieczenia, którego wysokość określona jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Świadczenie za kontynuację ubezpieczenia jest wypłacane pod warunkiem, że Umowa nie wygaśnie przed datą wygaśnięcia ubezpieczenia.

W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie przez Ubezpieczonego Towarzystwu wszystkich dokumentów, określonych poniżej:

- wniosku o wypłatę świadczenia potwierdzonego przez przedstawiciela Towarzystwa,
- kopii dokumentu tożsamości potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.

Część V – Wykluczenia

1. Żadne świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane bezpośrednio lub pośrednio przez dowolną z określonych poniżej przyczyn:

Samobójstwo

W przypadku samobójstwa Ubezpieczonego (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy, Towarzystwo wypłaci spadkobiercom Ubezpieczonego sumę zapłaconych składek z tytułu niniejszej umowy podstawowej, pomniejszoną o wymagalne wierzytelności wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

Ryzyko wojenne

- a) Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazje, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, lub ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego lub wojny.

- b) W czasie wojny zgodnie z definicją powyżej, jeżeli Ubezpieczony służy w siłach zbrojnych lub został powołany do służby wojskowej w siłach zbrojnych, organizacji paramilitarnej bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, jego prawa z tytułu niniejszej Umowy zostają zawieszane. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie zawieszenia Umowy, żadne świadczenia nie zostaną wypłacone lub uznane przez Towarzystwo. Ubezpieczony nie jest zobowiązany do opłacania składek w okresie zawieszenia Umowy. Jeżeli jednak Umowa obowiązywała nieprzerwanie przez przynajmniej trzy kolejne lata od daty wejścia w życie Umowy do dnia rozpoczęcia wojny, wówczas nie zostaje ona zawieszona i Towarzystwo gwarantuje pełną ochronę ubezpieczeniową.

Uczestnictwo w popełnieniu lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa oraz inne wykluczenia

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku udziału Ubezpieczonego w usiłowaniu popełnienia lub popełnieniu przestępstwa lub innego czynu zabronionego albo 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. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w takich okolicznościach Towarzystwo zwróci zapłacone składki.
2. Dodatkowo żadne świadczenia nie zostaną wypłacone z tytułu groźnej choroby, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku i gwarancji opłacania składek, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest pośrednio lub bezpośrednio spowodowane:
 - a) usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczeniem Ubezpieczonego, choćby dokonany w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - b) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) uprawianiem niebezpiecznych sportów lub zajęć rekreacyjno-sportowych: sportów samochodowych i motorowych, oraz wspinaczki górskiej,
 - d) jakąkolwiek ułomnością fizyczną lub psychiczną,
 - e) nieuzasadnioną odmową otrzymania pomocy lekarskiej lub odmową zastosowania się do zaleceń lekarskich,
 - f) radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
 - g) działaniem trucizny albo trujących gazów lub oparów.

Część VI – Zgłoszenie roszczenia

1. Powiadomienie o roszczeniu

Powiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym przewidzianym niniejszą Umową powinno być doręczone Towarzystwu na piśmie w ciągu 60 dni od daty jego zdarzenia. Roszczenie o wypłatę świadczenia musi być zgłoszone na formularzach Towarzystwa. Do zgłoszenia należy dołączyć wszelkie dokumenty związane z dochodzonym roszczeniem.

Tylko jedno świadczenie zostanie wypłacone przez Towarzystwo:

- a) na wypadek śmierci Ubezpieczonego lub
- b) na wypadek śmierci Ubezpieczonego wraz ze świadczeniem na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, lub
- c) na wypadek groźnej choroby.

Po wypłacie świadczenia Umowa wygaśnie zgodnie z zapisami określonymi w części VII poniżej.

2. Wymagane dokumenty do zgłoszenia roszczenia

Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, niżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do Towarzystwa niżej 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:

- a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego, w tym śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Uposażony składa:
 - 1) skrócony odpisu aktu zgonu (w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie),
 - 2) zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Uposażonego,
 - 3) zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza stwierdzającego zgon Ubezpieczonego lub kopię statystycznej karty zgonu lub jakikolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzana. W przypadku zgonu poza granicami Polski osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski,
 - 4) kopię dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych potwierdzoną notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie,
 - 5) wynik sekcji zwłok lub decyzję sądu dotyczącą zaginięcia ciała.
 Dodatkowo na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Uposażony składa:
 - 6) kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile Uposażony jest w ich posiadaniu lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - 7) w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - 8) inne dokumenty niezbędne do określenia odpowiedzialności Towarzystwa,
- b) w przypadku zdiagnozowania groźnej choroby Ubezpieczonego:
 - 1) składa zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego, które Towarzystwo musi otrzymać w ciągu 3 miesięcy od daty zdiagnozowania choroby lub daty operacji,
 - 2) składa zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie lekarza prowadzącego oraz inne dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie objawów i zdiagnozowanie choroby. W przypadku pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski,
 - 3) jest zobowiązany poddawać się w trakcie postępowania likwidacyjnego wszczętego w związku ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego badaniom lekarskim. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może uchylić się od wypłaty świadczenia z tytułu groźnej choroby,
 - c) w przypadku świadczenia z tytułu gwarancji opłacania składek powiadomienie o roszczeniu musi zostać doręczone na piśmie za życia Ubezpieczonego oraz w czasie trwania inwalidztwa, a ponadto Ubezpieczony:
 - 1) składa zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa – oświadczenie Ubezpieczonego,

- 2) składa zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego na formularzu – oświadczenie lekarza prowadzącego oraz inne dokumenty medyczne potwierdzające całkowite i trwałe inwalidztwo. W przypadku pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski,
- 3) jest zobowiązany do opłacania składek za okres 6 miesięcy, licząc nieprzerwanie od momentu rozpoczęcia całkowitego i trwałego inwalidztwa.

3. Wypłata świadczenia

- a) W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
- b) Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- c) 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 podpunkcie b) powyżej.

Część VII – Wygaśnięcie ubezpieczenia

1. Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z datą wygaśnięcia ubezpieczenia,
 - c) w dniu zdiagnozowania groźnej choroby, jeżeli nastąpiła wypłata świadczenia z tytułu groźnej choroby,
 - d) w przypadku niezapłacenia składki do końca okresu karencji – następnego dnia po upływie okresu karencji.

2. Ubezpieczony 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 jej wygaśnięcie.

Część VIII – Warunki ogólne

1. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.

2. Początek ubezpieczenia

- a) Warunkiem zawarcia Umowy jest otrzymanie i zaakceptowanie przez Towarzystwo:
 - 1) podpisanego przez Ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) składki opłaconej przez Ubezpieczonego,
 - 3) wszystkich wymaganych przez Towarzystwo dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową Ubezpieczonego, w szczególności stan jego zdrowia.
- b) Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty wejścia w życie Umowy, pod warunkiem zawarcia Umowy.
- c) Umowa zostaje zawarta w dniu doręczenia Ubezpieczonemu przez Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu d).
- d) Zawarcie Umowy z Ubezpieczonym, 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.

3. Odstąpienie od Umowy

Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Umowy w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu zapłaconą składkę. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o odstąpieniu od Umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Wskazanie i zmiana Uposażonego

- a) Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym.
- b) Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w podpunkcie a), w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią.
- c) Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- d) Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby Uposażonego, świadczenie należne z tytułu Umowy przypada osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

5. Niepodważalność Umowy

- a) Jeżeli Ubezpieczony podał dane niezgodne z prawdą lub zataił prawdę o okolicznościach, o które zapytywało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
- b) Po upływie trzech lat od daty zawarcia Umowy, jeżeli ubezpieczenie trwało nieprzerwanie, Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.

6. Błędne określenie wieku

Maksymalny wiek Ubezpieczonego umożliwiający zawarcie niniejszej Umowy wynosi 55 lat. Zawarcie niniejszej Umowy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 55 roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań ze strony Towarzystwa, oprócz obowiązku zwrotu składki. W przypadku stwierdzenia w terminie 3 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.

7. Zmiana Umowy

- a) Umowa może być zmieniona pod warunkiem:
 - doręczenia Towarzystwu wniosku Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego związanych z tym należnych składek w terminie ich wymagalności.
- b) Wszelkie zmiany Umowy wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

8. Należności, opłaty, podatki

- a) Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek obciążają Ubezpieczonego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
- b) Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
- c) 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.).
- d) 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.

9. Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

- a) Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- b) Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich następców prawnych albo przez sąd właściwości ogólnej.
- c) Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie na adres biura głównego 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.

- d) Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, wyjaśni przyczynę opóźnienia.
- e) Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

10. 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.

11. Doręczenia

- a) Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową winny być przekazywane pisemnie na adres biura głównego Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez Towarzystwo.
- b) Korespondencja wysyłana przez Towarzystwo do Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana pisemnie pod ostatni wskazany adres Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej zaakceptowanej przez strony formie.

12. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

W przypadku zagubienia bądź zniszczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo za opłatą w wysokości 40 zł i na wniosek Ubezpieczonego wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia traci swoją ważność.

13. Aktualizacja informacji

- a) Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie danych identyfikacyjnych (między innymi nazwiska, numeru PESEL, adresu), uprzednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane wraz z kserokopią dowodu tożsamości lub potwierdzonym notarialnie podpisem.
- b) Ubezpieczony 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 Ubezpieczonego może skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności karnej.

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