

# Ogólne warunki ubezpieczenia

## Umowa podstawowa

### Terminowe ubezpieczenie na życie w pakiecie ubezpieczeniowym

#### Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

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

#### Artykuł 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia Ubezpieczonego.
- Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed datą wygaśnięcia Umowy, pomniejszonej o wierzycielności Towarzystwa od Ubezpieczającego wynikające z tytułu niniejszej Umowy.

#### Artykuł 3. Początek ubezpieczenia

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dacie wejścia w życie Umowy, pod warunkiem opłacenia składki. Składka powinna wpłynąć do Towarzystwa w terminie 30 dni od daty wejścia w życie Umowy. W przypadku nieopłacenia składki w ww. terminie ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się.
- Umowa zostaje zawarta następnego dnia po doręczeniu Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 3 poniżej.
- Jeżeli Ubezpieczający oświadczy, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej jako „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, Umowa nie zostaje zawarta na skutek doręczenia Ubezpieczającemu Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i opłacenia składki, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym będącym PEP następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

#### Artykuł 4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Ubezpieczający 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 takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu

centu odstępującemu od Umowy zapłaconą składkę. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

#### Artykuł 5. 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 6. Opłacanie składek

- 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.
- Składki płatne są z góry w terminach określonych w Umowie. Składka może być opłacana w trybie rocznym, półrocznym lub kwartalnym. Na wniosek Ubezpieczającego oraz za zgodą Towarzystwa w trakcie trwania Umowy może nastąpić zmiana trybu opłacania składek. Zmiana taka nie stanowi zmiany Umowy.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Towarzystwu składek w wysokości i trybie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Począwszy od drugiej należnej składki, Ubezpieczającemu, który nie opłaci składki w terminie wymagalności, przysługują 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 ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka, z zastrzeżeniem punktu 7 poniżej.
- W razie śmierci Ubezpieczonego w okresie karencji suma ubezpieczenia wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia zostanie pomniejszona o składkę należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.
- Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu druków / formularzy do opłacenia składek. Wysłanie takich druków / formularzy nie może być uznane za przyjęcie na siebie takiego obowiązku.
- Dokumentem potwierdzającym wpłatę składki jest:
  - przekaz pocztowy zawierający nazwę i adres Towarzystwa oraz kwotę i datę wpłaty,
  - potwierdzenie dokonania obciążenia rachunku wystawione przez bank.
- Datą opłacenia składki jest dzień wpływu całej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

#### Artykuł 7. 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.
- Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej. Wszelkie wypłaty lub inne czynności dokonane przed dostarczeniem oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 powyżej, do Towarzystwa, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią, skutkują zwolnieniem Towarzystwa z wszelkich zobowiązań z tytułu Umowy.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

#### Artykuł 8. Zmiana Umowy na wniosek Ubezpieczającego

- Warunki ochrony ubezpieczeniowej określone Umową mogą być zmienione na podstawie wniosku Ubezpieczającego otrzymanego najpóźniej na 60 dni przed rocznicą Umowy lub w innej formie za zgodą Towarzystwa, o ile zmiana zostanie zaakceptowana przez Towarzystwo i po opłaceniu przez Ubezpieczającego związanych z tym należnych składek w terminie ich wymagalności. W przypadku Umów zawartych na cudzy rachunek Ubezpieczający może wnioskować o zmianę po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
- Wszelkie zmiany Umowy wymagają potwierdzenia w formie pisemnej. Każdy dokument stwierdzający powyższą zmianę stanowi załącznik do Umowy.

#### Artykuł 9. Wznowienie Umowy

Towarzystwo dopuszcza możliwość wznowienia w okresie 3 lat od dnia wygaśnięcia niniejszej Umowy z powodu nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający powinien złożyć pisemny wniosek do Towarzystwa o wznowienie Umowy. Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemną ofertę wznowie-

nia. Po jej zaakceptowaniu Towarzystwo wystawi stosowny dokument potwierdzający wznowienie Umowy.

#### Artykuł 10. Ryzyko wojenne

1. Wojna oznacza w rozumieniu niniejszej Umowy wojnę (wypowiedzianą lub niewypowiedzianą) lub operacje wojenne, lub inwazję, 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 jakiegokolwiek inne podobne zajście lub powód ogłoszenia lub wprowadzenia stanu wojennego lub wojny.
2. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w czasie wojny, z zastrzeżeniem punktu 4 poniżej.
3. W czasie pokoju Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową również podczas służby wojskowej.
4. W czasie wojny, jeżeli Ubezpieczony służy w siłach zbrojnych lub został powołany do służby wojskowej lub organizacji paramilitarnej, jego prawa z tytułu niniejszej Umowy zostają zawieszane. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie zawieszenia Umowy Towarzystwo zobowiązuje się zwrócić składki zapłacone z jej tytułu. Ubezpieczający nie jest zobowiązany do opłacania składek w okresie zawieszenia Umowy.

#### Artykuł 11. Śmierć Ubezpieczającego

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

#### Artykuł 12. Wypłata świadczenia

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do powiadomienia Towarzystwa o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczeń w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, a w przypadku niemożliwości powiadomienia wynikłej ze stanu zdrowia Ubezpieczonego – w terminie 7 dni od dnia ustania tej przeszkody.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów, określonych poniżej:
  - kopii skróconego odpisu aktu zgonu,
  - formularza „Ubezpieczenie indywidualne z tytułu zgonu – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-01)”
  - kopii jednego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
3. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze. Przesłanie do Towarzystwa wyżej wymienionych oraz wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszej Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
4. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego poza granicami Polski Uposażony jest zobowiązany do przedstawienia dokumentacji medycznej dotyczącej zgonu oraz okoliczności zdarzenia przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.
7. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, na podstawie dokumentów związanych z dochodzonym roszczeniem.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 7 niniejszego artykułu.

#### Artykuł 13. Warianty wypłacania świadczeń

1. Wszelkie świadczenia z tytułu Umowy, zwane dalej kapitałem, mogą być wypłacone przez Towarzystwo jednorazowo lub na pisemny wniosek osoby uprawnionej według jednego z następujących wariantów:
  - Wariant 1: Wypłata kapitału po określonej liczbie lat
  - Wariant 2: Wypłata kapitału w określonych ratach
  - Wariant 3: Wypłata kapitału w ratach w określonym czasie
  - Wariant 4: Renta dożywotnia
  - Wariant 5: Renta dożywotnia zagwarantowana na określony okres
  - Wariant 6: Renta dożywotnia przenoszona w 60% na małżonka.Wartość renty określona będzie na podstawie współczynników obowiązujących na dzień złożenia wniosku o wypłatę renty odnoszących się do wariantów wypłaty

świadczeń. W przypadku wykorzystania jednego z powyższych wariantów, opłata na pokrycie kosztów administracyjnych wynosi 3% zgromadzonego kapitału.

2. Renta będzie wypłacana dożywotnio w równych ratach miesięcznych (wariant 4) lub do końca życia właściciela kapitału, przy czym w przypadku jego śmierci przed upływem ustalonego terminu, raty będą wypłacane jego spadkobiercy do końca zagwarantowanego okresu (wariant 5) lub dożywotnio w miesięcznych ratach, których 60% będzie wypłacane dożywotnio małżonkowi po śmierci właściciela kapitału (wariant 6).
3. Po wypłaceniu pierwszej raty renty warianty wypłacania świadczeń nie mogą ulec zmianie.
4. Uprawniony do renty nie może przenieść ani obciążyć prawa do renty. Kapitał będący w dyspozycji Towarzystwa oraz prawo do renty podlegają ograniczeniom egzekucji w granicach określonych prawem.
5. Wariantów 4, 5 i 6 nie stosuje się, jeżeli prawo do kapitału przysługuje, zgodnie z Umową lub z jakiegokolwiek innego tytułu, osobie prawnej lub jednostce organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.
6. Żadnego z powyższych wariantów nie stosuje się, jeżeli wysokość miesięcznej raty nie przekracza kwoty minimalnej ustalonej przez Towarzystwo dla danego roku obrotowego. Informacja o minimalnej wysokości miesięcznej renty obowiązującej w danym czasie jest dostępna w biurze głównym Towarzystwa i w jego uprawnionych przedstawicielstwach.

#### Artykuł 14. Wygaśnięcie ubezpieczenia

1. Niniejsza Umowa wygasa w każdym z następujących przypadków:
  - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego lub
  - b) z datą wygaśnięcia ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania Umowy wypowiedzieć Umowę w formie pisemnej ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
3. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa Umowa może przewidywać inne zdarzenia, których skutkiem jest wygaśnięcie Umowy.

#### Artykuł 15. Duplikat Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia

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

#### Artykuł 16. Niepodważalność Umowy

1. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które zapytywało Towarzystwo przy zawieraniu Umowy, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności z zastrzeżeniami bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Po upływie trzech lat od zawarcia Umowy Towarzystwo nie będzie mogło podnieść zarzutu oświadczenia niezgodnego z prawdą albo zatajającego prawdę.
3. W przypadku wznowienia Umowy zgodnie z artykułem 9 termin trzyletni, o którym mowa w punkcie 2 powyżej, będzie liczony od daty wznowienia Umowy, ale tylko w odniesieniu do faktów i informacji dostarczonych Towarzystwu w związku ze wznowieniem Umowy.

#### Artykuł 17. Postanowienia kolizyjne

1. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia a postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia rozstrzygają postanowienia tej ostatniej.
2. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

#### Artykuł 18. Należności, opłaty, podatki

1. Należności, opłaty i podatki związane z opłacaniem składek z tytułu Umowy obciążają Ubezpieczającego i są uiszczane wraz z odpowiednią składką.
2. Należności, opłaty i podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń i są uiszczane najpóźniej w dniu zapłaty świadczenia przez Towarzystwo.
3. Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.
4. Wszelkie koszty poniesione przez Towarzystwo, jako osobę trzecią w związku z postępowaniem egzekucyjnym przeciwko uprawnionemu do świadczenia przewidzianego Umową, zostaną pokryte przez uprawnionego do świadczenia.

#### Artykuł 19. Doręczenia

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z Umową winny być przekazywane w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo na adres biura głównego Towarzystwa do Departamentu obsługi klienta

2. Korespondencja do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego będzie przekazywana w formie pisemnej pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej zaakceptowanej przez strony formie. Korespondencję przekazaną pod ostatni adres uznaje się za prawidłowo doręczoną.

#### Artykuł 20. Właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub ich następców prawnych, albo przez sąd właściwości ogólnej.
2. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres biura głównego Towarzystwa do departamentu obsługi klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie.



Lukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa

#### Artykuł 21. Aktualizacja informacji

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zmianie danych identyfikacyjnych (między innymi nazwiska, numer PESEL, adresu), jego lub Ubezpieczonego, uprzednio przekazanych Towarzystwu oraz dostarczenia do Towarzystwa dokumentów potwierdzających aktualne dane.
2. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego (zwanego dalej jako „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. 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 15 lipca 2010 roku



Iwona Ochocka  
Członek Zarządu Towarzystwa

# Ogólne warunki ubezpieczenia

## Umowa dodatkowa

### Ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie NW lub choroby

Niniejsza umowa dodatkowa jest częścią umowy ubezpieczenia, zwanej dalej Umową. Niniejsza umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, który w dniu wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej ukończył pierwszy (1) rok życia, a nie ukończył pięćdziesiątego dziewiątego (59) roku życia, i jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego. Składkę należną z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia lub odrębny dokument dołączony do Umowy.

#### Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego,
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych,
- niepoczytalność** – nieodwracalne zaburzenia neurologiczne i psychiczne Ubezpieczonego powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- pacjent stały** – osobę, której hospitalizacja w związku z uszkodzeniem ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub chorobą trwała nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu wpisania do chwili wypisania ze szpitala,
- szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający w pełnym wymiarze godzin zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne,
- uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania Umowy.

#### Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia Ubezpieczonego.

#### Artykuł 3. Początek odpowiedzialności

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

#### Artykuł 4. Świadczenia szpitalne

- Na podstawie niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo, niezależnie od innych świadczeń należnych z tytułu Umowy, wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie szpitalne, którego dzienna wysokość jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia, jeżeli w następstwie uszkodzenia ciała będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, które powstały po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszą umową dodatkową, Ubezpieczony przez przynajmniej 2 kolejne dni podlegał hospitalizacji jako stały pacjent. Świadczenie szpitalne jest płatne od 3 dnia hospitalizacji za dni następujące po pierwszych 2 dniach. Okres hospitalizacji, za który naliczane jest świadczenie za pobyt w szpitalu dla każdego nieszczęśliwego wypadku lub choroby w ciągu trwania niniejszej umowy dodatkowej, nie może przekroczyć 180 dni.
- W przypadku hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, Ubezpieczony otrzyma świadczenie za pobyt na tym oddziale. Dzienna wysokość świadczenia szpitalnego na wypadek pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej wskazana jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej jest płatne od 1 dnia hospitalizacji. Maksymalny okres pobytu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, za który naliczane jest świadczenie dla każdego nieszczęśliwego wypadku lub choroby w ciągu trwania niniejszej umowy dodatkowej, wynosi 30 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.

#### Artykuł 5. Zgłoszenie roszczenia

- Ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić Towarzystwo pisemnie lub telefonicznie o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczeń.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów określonych poniżej:
  - formularza „Ubezpieczenie indywidualne – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-06)”,
  - formularza „Ubezpieczenie indywidualne – Oświadczenie Lekarza (CL I-07)”,
  - kopii karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, a w szczególności leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
  - kopii protokołu powypadkowego policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub podania adresu i nazwy instytucji prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
  - w przypadku wypadków w pracy – protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę.
- W przypadku pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- Towarzystwo – w trybie pilnym powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy Ubezpieczonemu odpowiednie, wyżej wymienione formularze. Przesłanie do Towarzystwa wyżej wymienionych oraz wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Towarzystwa.
- W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
- Jeżeli Ubezpieczony nie przedstawił wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

#### Artykuł 6. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszej umowy dodatkowej.

Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

#### Artykuł 7. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

- Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków hospitalizacji 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 zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby zaistniałej w ciągu pierwszych 90 dni od daty wejścia w życie niniejszej umowy,
  - chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszą umową dodatkową,
  - 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 wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
  - wszelkimi uszkodzeniami ciała lub chorobami istniejącymi przed datą wejścia w życie niniejszej umowy dodatkowej,
  - na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 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 czynie niedozwolonym, innym naruszeniem prawa lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
  - jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, w ośrodku lecznictwa otwartego 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,

- o) pełnieniem zasadniczej służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- p) zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej – w innym charakterze, niż wskazany w punkcie powyżej – w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć wszelkie czynności o charakterze wojskowym, w szczególności ćwiczenia, manewry i inne czynności wojskowe o podobnym charakterze.
- q) przelotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

W przypadku opisanym w punkcie o) Towarzystwo zwróci składkę w wysokości proporcjonalnej do okresu odbywania przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej.

- 2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego.
- 3. Ponadto wypłata świadczenia nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku lub w czasie wykonywania niebezpiecznych zawodów lub czynności, w szczególności: udział we wszelkiego rodzaju wyścigach, pilotowanie, nurkowanie, skoki spadochronowe, wspinaczka, jazda motocyklem.

#### Artykuł 8. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- 1. Niniejsza umowa dodatkowa jest zawarta na okres, za który Ubezpieczający opłacił składkę. Okres ten upływa w dniu poprzedzającym termin, do którego Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za umowę podstawową. Niniejsza umowa dodatkowa może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę umowę dodatkową i inne warunki tej umowy dodatkowej mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego. Opłacenie przez Ubezpieczającego składki za umowę dodatkową w wysokości zaofiarowanej przez Towarzystwo, do końca okresu karencji, określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich umowa dodatkowa jest kontynuowana. W przypadku niezaakceptowania przez Ubezpieczającego zmienionych warunków umowy dodatkowej umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka



Lukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa

za tę umowę. W przypadku zmiany warunków, na jakich umowa dodatkowa może być kontynuowana, Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego w terminie nie później niż 45 dni przed datą, do której Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za umowę podstawową.

- 2. Niniejsza umowa dodatkowa może być rozwiązana przez Ubezpieczającego w dowolnym terminie wymagalności składek przez pisemne powiadomienie Towarzystwa.
- 3. Niniejsza umowa dodatkowa wygasa automatycznie z mocy niniejszego postanowienia, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w przypadku, gdy:
  - a) którakolwiek składka z tytułu umowy podstawowej lub niniejszej umowy dodatkowej nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w Umowie – z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka lub
  - b) gdy umowa podstawowa uległa rozwiązaniu lub utraciła swoją ważność, lub
  - c) Ubezpieczony został w trakcie trwania niniejszej umowy dodatkowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu niepoczytalności, lub
  - d) w rocznicę Umowy następującą bezpośrednio po sześćdziesiątych piątym (65) urodzinach Ubezpieczonego, niezależnie od tego, czy umowa podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie.

#### Artykuł 9. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki umowy podstawowej, oprócz postanowień dotyczących samobójstwa, wykupu oraz ubezpieczenia bezskładkowego, odnoszą się również do niniejszej umowy dodatkowej, z następującymi wyjątkami:

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności Umowy Towarzystwo może uzależnić przyznanie świadczenia wynikającego z niniejszej umowy dodatkowej od przedstawienia dowodu, że pobyt w szpitalu był skutkiem uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
- b) bez względu na postanowienia umowy podstawowej dotyczące wieku Ubezpieczonego zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po ukończeniu przez Ubezpieczonego pięćdziesiątego dziewiątego (59) roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek,
- c) niniejsza umowa dodatkowa może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach umowy podstawowej tylko wtedy, gdy Umowa została wznowiona,
- d) niniejsza umowa dodatkowa nie upoważnia do premii nadzwyczajnej z zysku od zainwestowanych rezerw matematycznych.

Warszawa, dnia 23 kwietnia 2010 roku



Iwona Ochocka  
Członek Zarządu Towarzystwa