

Ogólne warunki ubezpieczenia

MetLife AmplicoSM

§1. Definicje

1. **„Klient”** – osoba fizyczna, która zawarła umowę o kartę z Ubezpieczającym.
2. **„Ubezpieczający”** – SYGMA BANQUE Société Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie.
3. **„Towarzystwo”** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), ul. Przemysłowa 26.
4. **„Ubezpieczony”** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem wskazany jako główny Kredytobiorca w Umowie kredytowej.
5. **„Ubezpieczenie”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
6. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpiezonego fizyczne obrażenia ciała.
7. **„Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
8. **„Umowa”** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Sygma Banque „Ubezpieczenie spłaty zadłużenia” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
9. **„Okres ubezpieczenia”** – okres od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpiezonego do daty jej wygaśnięcia.
10. **„Umowa kredytowa”** – umowa o kartę zawarta pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
11. **„Składka”** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
12. **„Rocznica Umowy”** – w danym roku kalendarzowym dzień odpowiadający dniowi zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia, następny dzień przypadający po dniu odpowiadającemu dniowi zawarcia Umowy.
13. **„Ubezpieczenie Następstw Utraty Pracy”** – ubezpieczenie określone w Umowie Grupowego Ubezpieczenia od Następstw Utraty Pracy Kredytobiorców „Ubezpieczenie Spłaty Zadłużenia” NR ILOE/008/06.
14. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – śmierć Ubezpiezonego, Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego, śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, diagnoza zachorowania na Poważną Chorobę, Hospitalizacja Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
15. **„Trwała niezdolność do pracy”** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpiezonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
16. **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń wynikających z Umowy.
17. **„Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku”** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
18. **„Choroba”** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpiezonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
19. **„Uszkodzenie Ciała”** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpiezonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
20. **„Szpital”** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna 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 oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki lecznictwa otwartego, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.
21. **„Pacjent Stały”** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.

22. **„Saldo zadłużenia”** – jest to całość zobowiązań Klienta wobec Ubezpieczającego, wynikających z umowy o kartę. Zobowiązania te obejmują faktyczne wykorzystanie przyznanego limitu wg stanu rzeczywistego na dzień obliczania salda zadłużenia niezależnie od daty ich księgowania, opłaty i prowizje naliczone z tytułu przyznanego limitu zadłużenia oraz naliczone odsetki od zadłużenia.
23. **„Okres rozliczeniowy”** – okres, który zgodnie z umową o korzystanie z karty jest podstawą naliczania przez Ubezpieczającego Salda zadłużenia w comiesięcznym wyciągu z tytułu zadłużenia karty kredytowej.
24. **„Wniosek o objęcie ubezpieczeniem”** – podpisany przez Klienta wzór wniosku o objęcie ubezpieczeniem ustalony przez Ubezpieczającego i Towarzystwo, przedstawiony Klientowi przez Ubezpieczającego.
25. **„Transakcja”** – przewidziana w Umowie Kredytowej operacja, przez dokonanie której korzysta się z kredytu.
26. **„Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny”** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale jakiegokolwiek pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, rezultatem którego są obrażenia ciała Ubezpiezonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem są obrażenia ciała Ubezpiezonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu.
27. **„Uprawniony”** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpiezonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpiezonego. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpiezonego. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone Spadkobiercom Ubezpiezonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpiezonego, w zakresie wskazanym w jednym z pakietów opisanych poniżej:
 - 1) pierwszy pakiet obejmuje:
 - a) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 18 do 75 roku życia ubezpieczenie „Śmierć Ubezpiezonego” oraz ubezpieczenie „Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego”, oraz
 - b) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 roku życia ubezpieczenie „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku” oraz „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego”;
 - 2) drugi pakiet obejmuje:
 - a) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 18 do 65 roku życia ubezpieczenie: „Śmierć Ubezpiezonego”, „Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego” oraz „Zachorowanie na Poważną Chorobę Ubezpiezonego”;
 - b) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 66 do 75 roku życia ubezpieczenie: „Śmierć Ubezpiezonego”, „Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego” oraz „Hospitalizacja Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku”;
 - c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 roku życia ubezpieczenie „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku” oraz „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego”;
 - 3) trzeci pakiet obejmuje:
 - a) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 18 do 65 roku życia ubezpieczenie: „Śmierć Ubezpiezonego”, „Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego” oraz Klient ma również możliwość przystąpienia do „Ubezpieczenia Następstw Utraty Pracy”;
 - b) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 66 do 75 roku życia ubezpieczenie: „Śmierć Ubezpiezonego”, „Trwała niezdolność do pracy Ubezpiezonego” oraz „Hospitalizacja Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku”;
 - c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 roku życia ubezpieczenie „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku” oraz „Śmierć Ubezpiezonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego”.

2. Ubezpieczony przystępuje łącznie do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich ryzyk określonych w danym pakiecie. Ubezpieczony może być objęty ochroną tylko w ramach jednego pakietu. Ubezpieczony może zrezygnować tylko łącznie z ochrony z tytułu wszystkich ryzyk występujących w danym pakiecie.
3. Ubezpieczony, przystępując do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danego pakietu, zostaje objęty ochroną przeznaczoną dla grupy wiekowej, do której należy w chwili przystąpienia. Po osiągnięciu wieku z następnej grupy wiekowej obejmowany jest automatycznie tylko ochroną ubezpieczeniową przeznaczoną dla tej następnej grupy wiekowej.

§3. Kwalifikacja

1. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszej umowy, każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli ukończył 18 lat, a nie ukończył 99 lat w dniu podpisania Umowy kredytowej.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub gdy Klient kończy 18 lat w dniu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz złoży Ubezpieczającemu Wniosek o objęcie ubezpieczeniem, a w wypadku trzeciego pakietu Klient ma również możliwość przystąpienia do „Ubezpieczenia Następstw Utraty Pracy”, jeżeli należy do grupy wiekowej od 18 do 65 roku życia. Jeżeli Klient podpisał Wniosek o objęcie ubezpieczeniem mimo niespełnienia przez niego wymogów w nim określonych, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności. Postanowienia niniejszego ustępu stosuje się odpowiednio w wypadku złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem w ramach kampanii telemarketingowej prowadzonej wspólnie przez Ubezpieczającego i Towarzystwo.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest najpóźniejsze ze zdarzeń:
 - 1) dzień zawarcia Umowy o korzystanie z karty z Ubezpieczającym,
 - 2) złożenie Ubezpieczającemu Wniosku o objęcie ubezpieczeniem, zaś w przypadku realizowanych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo wspólnych kampanii telemarketingowych, nagranie rozmowy telefonicznej, w której Klient wyraził skuteczną wolę przystąpienia do Ubezpieczenia; w każdym z tych wypadków Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem pod warunkiem zapłaty składki przez Ubezpieczającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia którejkolwiek z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) stwierdzenia stanu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgodnie z §8;
 - 3) diagnozy Zachorowania na Poważną Chorobę lub przebycia leczenia operacyjnego zgodnie z §9;
 - 4) spłaty całości Salda zadłużenia z tytułu przyznanego limitu zadłużenia z powodu wypłaty świadczenia zgodnie z §10;
 - 5) odstąpienia od Umowy kredytowej lub jej rozwiązania;
 - 6) w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego (o którym mowa w Umowie kredytowej), w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia.
3. Łączna liczba świadczeń wypłaconych Współubezpieczonym/Uposażonym z tytułu Śmierci, Trwałej niezdolności do pracy, groźnej choroby bądź leczenia operacyjnego wynosi nie więcej niż 1. Wypłata świadczenia z tytułu Śmierci, Trwałej niezdolności do pracy, Zachorowania na Poważną Chorobę bądź leczenia operacyjnego powoduje zakończenie Ubezpieczenia w stosunku do wszystkich Współubezpieczonych.
4. Ubezpieczający zawiesza Ubezpieczenie w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych będących stroną danej Umowy kredytowej, w wypadku zablokowania Transakcji, jeżeli zablokowanie to wynika z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania Ubezpieczonego z Umowy kredytowej. Ubezpieczający zawiadamia Ubezpieczonego o zawieszeniu Ubezpieczenia doręczając miesięczny wyciąg bez naliczonej opłaty za to Ubezpieczenie. Zawieszenie Ubezpieczenia następuje z chwilą zablokowania Transakcji.
5. Ubezpieczający w wypadku zakończenia zablokowania Transakcji wznawia zawieszony Ubezpieczenie. Ubezpieczający zawiadamia Ubezpieczonego o wznowieniu zawieszonych Ubezpieczenia doręczając miesięczny wyciąg z naliczoną opłatą za to Ubezpieczenie. Wznowienie Ubezpieczenia następuje z chwilą zakończenia zablokowania Transakcji.
6. W okresie od zawieszenia do wznowienia zawieszonych Ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa nie przysługuje Ubezpieczonemu, a Towarzystwu za ten okres nie należy się Składka.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu. W takim przypadku Ubezpieczenie wygasa w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego (o którym mowa w Umowie kredytowej), w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony złoży oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty rozpoczęcia jego Ubezpieczenia, całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z Ubezpieczenia. Ponadto Ubezpieczający nie pobierze od Ubezpieczonego opłaty za objęcie Ubezpieczeniem, którego dotyczy rezygnacja, wprowadzając na koncie Ubezpieczonego odpowiednie korekty.

§6. Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia, to świadczenie równe Sumie ubezpieczenia jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie ubezpieczeniem.
2. W dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 75 (siedemdziesiątego piątego) roku życia.

§7. Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, o którym mowa w §2 ust. 4, były fizyczne obrażenia ciała spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem oraz śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia, nie później niż po 180 dniach od daty Nieszczęśliwego wypadku, to świadczenia równe Sumie ubezpieczenia jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie ubezpieczeniem.
2. W dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 99 (dziewięćdziesiątego dziewiątego) roku życia.

§8. Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

1. Jeżeli bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, były fizyczne obrażenia ciała spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym oraz śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia, nie później niż po 180 dniach od daty Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, to świadczenia równe Sumie ubezpieczenia jest wypłacane osobie Uprawnionej wskazanej przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone Spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie ubezpieczeniem.
2. W dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 99 (dziewięćdziesiątego dziewiątego) roku życia.

§9. Płatność świadczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, należne świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie ubezpieczeniem. Od daty zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego niezdolność do pracy do uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 (dwanaście) miesięcy, jednak w przypadku Klientów w wieku powyżej 65 roku życia oraz w przypadku Klientów niezatrudnionych, za Trwałą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

W takich przypadkach Trwałą niezdolność do pracy może być stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 (dwunastu) miesięcy nie musi być zachowany.

2. W dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 75 (siedemdziesiątego piątego) roku życia.

§10. Płatność świadczenia w przypadku zachorowania na Poważną Chorobę

1. Ubezpieczenie dotyczy zachorowania na następujące Choroby, zwane dalej „Poważną Chorobą”:
 - 1) nowotwór – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
 - 2) zawał mięśnia sercowego – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia rozpoznane jednoznacznie na podstawie wymienionych poniżej objawów występujących łącznie:
 - a) rozpoznany w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej wskazujący na chorobę niedokrwinną serca;
 - b) świeże zmiany elektrokardiograficzne;
 - c) podwyższony poziom enzymów sercowych;
 - 3) niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebiegiem przeszczepu nerki;
 - 4) udar mózgu – nagły epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszyły trwałe ubytki neurologiczne, w tym:

- a) zawał tkanki mózgowej;
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.
- Uznanie powyższej jednostki chorobowej wymaga udokumentowania trwałych następstw neurologicznych. Wykluczone zostały przypadki przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 5) choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebycie w następstwie objawów duszniczej bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przezskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania Choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych.
2. W przypadku Zachorowania Ubezpieczonego na jedną z wymienionych powyżej Chorób należne świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia na dzień diagnozy Choroby bądź stwierdzenia konieczności operacji, jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie ubezpieczeniem.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Ubezpieczenia „Zachorowania na Poważną Chorobę” rozpoczyna się po upływie:
 - a) dla Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia w dacie zawierania Umowy kredytowej – 3 miesiące od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, co oznacza, że świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy Choroby pojawią się lub gdy leczenie operacyjne nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - b) dla Ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia w dacie późniejszej niż data zawarcia Umowy kredytowej:
 - 3 miesiące od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową dla tych Klientów, którym przystąpienie do Ubezpieczenia zaproponowano po raz pierwszy, co oznacza, że świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy Choroby pojawią się lub gdy leczenie operacyjne nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - 6 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową dla tych Klientów, którym przystąpienie do Ubezpieczenia zaproponowano po raz kolejny, co oznacza, że świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy Choroby pojawią się lub gdy leczenie operacyjne nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 4. W przypadku zajścia zdarzenia Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania jednej z Chorób lub zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanych wyżej.
 5. W dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 65 (sześćdziesiątego piątego) roku życia.

§11. Płatność świadczenia w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

1. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie, równe Sumie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zostanie wypłacone zgodnie ze wskazaniem dokonany we Wniosku o objęcie Ubezpieczeniem, pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały minimum 30 dni;
 - 3) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Hospitalizację Ubezpieczonego, Ubezpieczony nie może mieć ukończonego 75 (siedemdziesiątego piątego) roku życia.

§12. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia – jest to Saldo zadłużenia Klienta z tytułu przyznanego limitu zadłużenia na karcie kredytowej obliczane na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku – jest to Saldo zadłużenia Klienta z tytułu przyznanego limitu zadłużenia na karcie kredytowej obliczane na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego będącego powodem pobytu w szpitalu.
3. Maksymalne saldo zadłużenia na potrzeby obliczania Sumy ubezpieczenia nie może przekroczyć 70.000,00 zł (słownie: siedemdziesiąt tysięcy złotych). W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną kartę kredytową, Suma ubezpieczenia będzie obliczana przy uwzględnieniu powyższego limitu.

§13. Opłacanie Składek

1. Składka ustalona jest w Umowie ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy, a także charakterystyki Umów kredytowych.
2. Składka jest przekazywana do Towarzystwa przez Ubezpieczającego w okresie rozliczeniowym (n), za ochronę udzielaną w okresie rozliczeniowym (n - 1).
3. Ubezpieczony obciążany jest opłatą za objęcie go ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w Umowie i Umowie kredytowej.

§14. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Śmierci, Niezdolności do pracy, Zachorowania na Poważną Chorobę lub Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku

ku spowodowanych bądź wynikających bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z dowolnego z poniższych czynników:

- 1) samobójstwa popełnionego niezależnie od stanu poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony;
 - 2) samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności;
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych w ciągu 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia się Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu 12 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony;
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego;
 - 5) napaści lub usiłowania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym;
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wystąpiła bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - 1) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 3. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Zachorowanie na Poważną Chorobę wystąpiło bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - 1) działania trucizny, trujących gazów lub oparów;
 - 2) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz jakiegokolwiek Choroby związanej z AIDS lub wirusem HIV;
 - 3) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza.
 4. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała Niezdolność do pracy wystąpiła bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - 1) choroby psychicznej w tym zaburzeń nerwowych;
 - 2) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza;
 - 3) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć nie potwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.
 5. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku wynika bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo lub jest związana z:
 - 1) bólami pleców, krzyża i schorzeniami powiązаныmi, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenia;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) ciężą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym (za wyjątkiem komplikacji w okresie połogu zagrażającym życiu kobiety) oraz leczeniem bezpłodności;
 - 4) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą umową;
 - 5) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - 6) wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu;
 - 7) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji;
 - 8) jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, ośrodku leczenia otwartego lub w ośrodku rehabilitacji;
 - 9) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§15. Roszczenia

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jego Spadkobierca lub inna osoba uprawniona, kontaktuje się z Ubezpieczającym w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia. Ubezpieczający niezwłocznie przesyła osobom uprawnionym formularze *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego/Spadkobiercy/Uposażonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja zgonu)*, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

 - odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego lub jego kopią potwierdzoną notarialnie;
 - statystyczną kartą zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza);
 - kopią Umowy kredytowej wraz z kopią Wniosku o objęcie ubezpieczeniem;
 - kopią dokumentacji wypadkowej z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
 - kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego
W przypadku zgłoszenia roszczenia telefonicznie lub na formularzu *Wstępne zgłoszenie roszczenia* Ubezpieczający przesyła Ubezpieczonemu formularze *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego/Spadkobiercy/Uposażonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja całkowitego i Trwałego inwalidztwa)*, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

- kopią Umowy kredytowej oraz kopią Wniosku o objęcie ubezpieczeniem;
- orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu;
- kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy;
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy;
- dokumentacją wypadkową z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

W przypadkach kiedy Trwała niezdolność do pracy jest oczywista, w szczególności w przypadkach:

- a) całkowitej utraty wzroku w obu oczach;
- b) całkowitej utraty obu ramion lub obu dłoni;
- c) całkowitej głuchoty;
- d) całkowitej utraty mowy;
- e) całkowitej utraty obu nóg lub obu stóp;
- f) nowotworu złośliwego rozsianego;
- g) cukrzycy z powikłaniami narządowymi;
- h) ciężkiej niewydolności krążenia (III/IV NYHA);
- i) choroby psychicznej endogennej;
- j) niedowładu połowicznego, paraplegii, tetraplegii;
- k) choroby Alzheimerera;
- l) zaawansowanego SM;
- m) ciężkiej, utrwałonej niewydolności oddechowej;
- n) zaawansowanej marskości wątroby;
- o) zaawansowanej niewydolności nerek;

wniosek zostanie rozpatrzony niezwłocznie, a wypłata Świadczenia nastąpi w terminie do 14 dni od podjęcia decyzji w tej sprawie.

3. Zachorowanie na Poważną Chorobę Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia telefonicznie lub na formularzu *Wstępne zgłoszenie roszczenia* Ubezpieczający przesyła Ubezpieczonemu formularze *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia limitu zadłużenia – Oświadczenie lekarza (dokumentacja zachorowania na Poważną Chorobę)*, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

- kopią Umowy kredytowej oraz kopią Wniosku o objęcie ubezpieczeniem oraz w przypadku Klientów, którzy przystąpili do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż data zawarcia umowy kredytowej, Ubezpieczający zobowiązany jest podać czy Klient miał możliwość przystąpienia do Ubezpieczenia we wcześniejszym terminie;
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną Chorobę lub przebieg operacji.

4. Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia telefonicznie lub na formularzu *Wstępne zgłoszenie roszczenia* Ubezpieczający przesyła Ubezpieczonemu formularz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – dokumentacja Hospitalizacji*, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Towarzystwa wraz z:

- kopią Umowy kredytowej oraz kopią Wniosku o objęcie ubezpieczeniem;
- kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego;
- kopią dokumentacji wypadkowej z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

5. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- 1) weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS;
- 2) przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

6. Dodatkowe informacje

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
- 2) W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych osób i instytucji o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

7. Wypłata świadczenia

Wypłata należnego świadczenia zostanie dokonana w najkrótszym możliwym terminie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo wszystkich wymaganych dokumentów.

§16. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa do Działu Obsługi Klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

§17. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

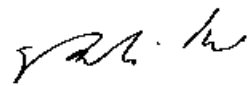
§18. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

Warszawa, 11 grudnia 2006 roku



Mirosław Kisyc
Członek Zarządu Towarzystwa



Jacek Skowroński
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: 11.000.000,00 złotych, wpłacony w całości.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 52 64
© 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