

Aktywne Wsparcie

MetLife AmplicoSM

Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na życie oraz na wypadek trwałego inwalidztwa, złamania i oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku dla Klientów Sygma Bank

Artykuł 1. Definicje

Użyte w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
- całkowite i trwałe inwalidztwo** – inwalidztwo, które uniemożliwia Ubezpieczonemu podejmowanie jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą niepracującą w momencie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, całkowite i trwałe inwalidztwo jest rozumiane wyłącznie jako:
 - całkowita strata dwóch kończyn lub
 - całkowita strata wzroku w obu oczach, lub
 - całkowity i nieodwracalny paraliż, lub
 - niepoczytalność Ubezpieczonegoi nie mają do nich zastosowania postanowienia tabeli świadczeń numer 1 do niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia, określające całkowite i trwałe inwalidztwo,
- częściowe i trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny,
- Certyfikat Ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
- niepoczytalność** – nieodwracalne zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji,
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- okres ubezpieczenia** – okres od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego do daty jej wygaśnięcia,
- oparzenie** – uszkodzenie powierzchni ciała lub jej struktury wskutek kontaktu ze źródłem energii termicznej, substancji chemicznych, prądem elektrycznym lub czynnikami niskich temperatur,
- składka** – kwotę należną Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy, wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia,
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
- Ubezpieczający** – Sygma Banque Société Anonyme (S.A.) Oddział w Polsce,
- Ubezpieczony:**
 - Ubezpieczony główny – osobę fizyczną wymienioną w Certyfikacie Ubezpieczenia, będącą stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy kredytowej, która ukończyła 18 rok życia, a nie ukończyła 65 roku życia, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia i za którą została opłacona składka,
 - Małżonek – osobę pozostającą w związku małżeńskim z Ubezpieczonym głównym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, która ukończyła 18 rok życia, a nie ukończyła 65 roku życia, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia i za którą została opłacona składka,
 - Dziecko – dziecko Ubezpieczonego głównego, które ukończyło 1 rok życia, a nie ukończyło w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego 21 roku życia, którego życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia i za które została opłacona składka,

- Umowa** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie oraz na wypadek trwałego inwalidztwa, złamania i oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku dla klientów Sygma Bank wraz z załącznikami, jak również wszelkie oświadczenia zawarte w treści tych dokumentów lub ich załącznikach oraz ich wszystkie zmiany dokonane zgodnie przez Towarzystwo i Ubezpieczającego,
- Umowa kredytowa** – umowę o kartę kredytową, umowę o korzystanie z karty kredytowej, umowę kredytu odnawialnego lub umowę kredytu konsolidacyjnego i odnawialnego,
- Uposażony** – osobę uprawnioną do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego głównego, przewidzianych niniejszą Umową. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym głównym,
- uszkodzenie ciała** – zdiagnozowane oparzenie lub złamanie powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony doznał powyższego uszkodzenia podczas obowiązywania niniejszej Umowy,
- zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do zawarcia Umowy,
- złamanie** – potwierdzone przez lekarza złamanie urazowe kości wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- złamanie patologiczne** – złamanie w miejscu, gdzie wcześniejsze choroby spowodowały osłabienie kości,
- złamanie otwarte** – złamanie z przerwaniem ciągłości skóry (rana w miejscu złamania),
- złamanie z przemieszczeniem** – złamanie, w którym odłamy kostne są przemieszczone względem siebie,
- złamania wielomiejskowe, wielopoziomowe** – złamania jednej kości na kilku poziomach, ale nie są to złamania wieloodłamowe.

Artykuł 2. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonego.

Artykuł 3. Kwalifikacja do ubezpieczenia

- Ubezpieczonym głównym może zostać osoba, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia:
 - ukończyła 18 lat i nie ukończyła 64 lat oraz
 - zawarła z Ubezpieczającym Umowę kredytową i Umowa ta pozostaje w mocy, oraz
 - w stosunku do której nie jest zablokowana transakcja zakupu lub wypłaty gotówki, ani nie jest zawieszona kredytowanie, oraz
 - posiada obywatelstwo polskie.
- Małżonek i Dziecko Ubezpieczonego głównego kwalifikują się do ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - Małżonek ukończył 18 lat i nie ukończył 64 lat oraz
 - Dziecko ukończyło 1 rok życia i nie ukończyło 20 lat.
- Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które Towarzystwo zapytywało przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- Przystąpienie do ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego głównego wieku 64 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, w stosunku do Ubezpieczonego głównego, jego Małżonka i Dzieci z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki za każdego z nich.

Artykuł 4. Opłacanie składek

1. Składka jest ustalona przez Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci grupy uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy, i w związku ze zmianą powyżej określonych parametrów może ulec zmianie w rocznicę zawarcia Umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa jeden miesiąc z zastrzeżeniem punktu 6 poniżej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przedłużona na kolejny miesiąc, o ile Ubezpieczający opłaci składkę, pod warunkiem spełnienia przez Ubezpieczonego warunków wieku określonego w części I artykułu 1 punkcie 13 niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Towarzystwu zgodnie z Umową sumy składek z tytułu ochrony ubezpieczeniowej z góry, w trybie miesięcznym oraz w terminie ustalonym pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem.
5. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki za dany miesiąc ochrona z tytułu niniejszej Umowy w stosunku do Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, ulega automatycznemu zawieszeniu. Okres zawieszenia może trwać nie dłużej niż 12 następujących po sobie miesięcy. Po upływie tego dwunastomiesięcznego okresu (w ciągu 30 dni od jego upływu) Towarzystwo wyśle do Ubezpieczającego wezwanie do opłacenia tej składki w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego. Niezapłacenie składki we wskazanym terminie spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka. Zapłacenie składki spowoduje wznowienie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego – ochrona będzie wznowiona za miesiąc, za który została opłacona składka.
6. W ramach promocji dla Klientów Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego Towarzystwo udziela tej ochrony ubezpieczeniowej za kwotę równą miesięcznej składce wskazanej w Certyfikacie Ubezpieczenia.

Artykuł 5. Początek i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony główny przystąpił do ubezpieczenia, składając w tym względzie odpowiednie oświadczenie. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem wejścia w życie zmiany Umowy kredytowej polegającej na objęciu Ubezpieczonego głównego, a także jego Małżonka i Dzieci, o ile wybrał taki wariant ochrony, ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy i umożliwiającej naliczanie przez Ubezpieczającego opłaty z tytułu objęcia ubezpieczeniem.
2. Przystąpienie do ubezpieczenia w trakcie rozmowy telefonicznej może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych w Umowie kredytowej wymaganych dla objęcia Ubezpieczonego głównego nowym ubezpieczeniem, przy czym w trakcie takiej rozmowy przystępujący do ubezpieczenia winien złożyć niezbędne oświadczenia, w tym dotyczące:
 - a) wyrażenia zgody na przekazywanie Towarzystwu przez Ubezpieczającego danych osobowych Ubezpieczonego głównego oraz informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu objęcia Ubezpieczonego głównego, także jego Małżonka i Dzieci, o ile wybrał taki wariant ochrony, przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego przez Ubezpieczonego głównego wariantu ochronnego,
 - b) upoważnienia Ubezpieczającego do odbioru w imieniu Ubezpieczonego głównego korespondencji od Towarzystwa oraz upoważnienia Towarzystwa do przekazywania korespondencji związanej z wykonywaniem Umowy na adres Ubezpieczającego.
3. Ochrona w stosunku do danego Ubezpieczonego jest świadczona w miesiącu, za który została opłacona za niego składka.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego głównego z mocy niniejszego postanowienia w przypadku, gdy:
 - a) Ubezpieczony został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu niepoczytalności,
 - b) nastąpi wypłata świadczenia opisana w części II oraz części III artykułu 1 punkcie 1 niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia,
 - c) nie wpłynęła składka we wskazanym Ubezpieczającemu przez Towarzystwo terminie, o którym mowa w części I artykułu 4 punkcie 5,
 - d) Ubezpieczony główny kończy 65 lat – z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło to zdarzenie,
 - e) rozwiązana została lub wygasła Umowa kredytowa lub nastąpiło odstąpienie od niej,
 - f) Ubezpieczony przestał spełniać warunki kwalifikacji do ubezpieczenia określone w części I artykułu 3,
 - g) rozwiązana została Umowa w wyniku jej wypowiedzenia lub wygaśnięcia,
 - h) po upływie miesięcznego okresu, za jaki została opłacona składka.
5. Ochrona z tytułu niniejszej Umowy wygasa odpowiednio w stosunku do Małżonka lub Dziecka w przypadku, gdy:
 - a) wygaśnie ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego głównego – z chwilą zaistnienia tego zdarzenia,
 - b) Małżonek lub Dziecko w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostali uznani za niepoczytalnych – z chwilą powstania stanu niepoczytalności,
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Małżonek kończy 65 lat,
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Dziecko kończy 21 lat.W przypadkach opisanych powyżej w podpunktach b), c) i d) ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w stosunku do osoby, której dotyczą zdarzenia powodujące wygaśnięcie niniejszej ochrony.
6. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy poprzez przesłanie na adres Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia

w tym względzie. Ochrona ubezpieczeniowa takiego Ubezpieczonego wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym zakończył się określony w Umowie miesięczny okres rozliczeniowy, w trakcie którego Ubezpieczający otrzymał oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia.

7. Ubezpieczający może, na wniosek Ubezpieczonego, co do którego ochrona ubezpieczeniowa wygasła, ponownie włączyć go do ubezpieczenia, składając Towarzystwu oświadczenie w tym względzie. Ponowne włączenie do ubezpieczenia jest dopuszczalne, jeżeli Ubezpieczony w chwili złożenia takiego oświadczenia spełnia warunki kwalifikacji do ubezpieczenia. W takim wypadku ochrona ubezpieczeniowa trwa od początku miesiąca następującego po miesiącu złożenia oświadczenia Towarzystwu o włączeniu Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
8. Jeżeli Umowa wygaśnie lub zostanie rozwiązana, obowiązek opłacania składek ustaje i Towarzystwo nie ponosi z jej tytułu żadnej odpowiedzialności, z wyjątkiem zwrotu składek wpłaconych po rozwiązaniu Umowy. Opłacenie składki po rozwiązaniu Umowy i przyjęcie jej przez Towarzystwo nie pociąga za sobą żadnych zobowiązań, oprócz jej zwrotu.
9. W przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy Ubezpieczający powiadomi o tym fakcie Ubezpieczonego.

Artykuł 6. Wskazanie i zmiana Uposażonego

1. W przypadku wszystkich Umów, również tych zawartych na cudzy rachunek, Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia, z uwzględnieniem postanowień części II.
2. Zmiana Uposażonego dochodzi do skutku po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1 niniejszego artykułu. Wszelkie wypłaty lub inne czynności dokonane przed dostarczeniem oświadczenia, o którym mowa w punkcie 1, do Towarzystwa, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią, skutkują zwolnieniem Towarzystwa z wszelkich zobowiązań z tytułu Umowy.
3. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Artykuł 7. Zgłaszanie roszczeń i wypłata świadczeń

1. Zawiadomienie o roszczeniu
Zgłoszenie roszczenia jest skuteczne pod warunkiem przedłożenia Towarzystwu wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego głównego Uposażony składa:
 - skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (kopię),
 - formularz *Dokumentacja Zgonu – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-01)*,
 - kopię dwóch dokumentów tożsamości Uposażonego lub spadkobiercy,
 - Certyfikat Ubezpieczenia;
 - b) w przypadku trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony składa:
 - formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-03)*,
 - formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Lekarza (CL I-04)*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, prokuratury, sądu, o ile Ubezpieczony jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – protokół powypadkowy sporządzony przez pracodawcę;
 - c) w przypadku złamania lub oparzenia wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony składa:
 - formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-03)*,
 - formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Lekarza (CL I-04)*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, prokuratury, sądu, o ile Ubezpieczony jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę,
 - w przypadku wypadków w pracy – protokół powypadkowy sporządzony przez pracodawcę.W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski. Roszczenie powinno zostać zgłoszone Towarzystwu w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. Towarzystwo może uzależnić przyznanie świadczenia, opisanego w części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia, od przedstawienia dowodu, że trwałe inwalidztwo lub złamanie lub oparzenie nastąpiły wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zgłoszenie roszczenia
W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo przesyła zgłaszającemu roszczenie formularze, których wypełnienie pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy oraz odpowiedzialności Towarzystwa. Wypełnione formularze powinny zostać odesłane do Towarzystwa wraz z wszelkimi dokumentami wymaganymi przez Towarzystwo.
3. Badania medyczne
Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia zgodnie z warunkami Umowy. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

4. Wypłata świadczeń
Świadczenie opisane w części II niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia jest wypłacane Uposażonym. Świadczenie opisane w części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia jest wypłacane Ubezpieczonemu. Po otrzymaniu i zbadaniu dowodów Towarzystwo ma prawo zaakceptować lub odrzucić roszczenie o wypłatę świadczenia zgodnie z postanowieniami Umowy. Wypłata należnego świadczenia zostanie dokonana w najkrótszym możliwym terminie, nie później jednak niż w ciągu 14 [słownie: czternastu] dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo wszystkich wymaganych dokumentów.
5. Dodatkowe informacje
Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

Artykuł 8. Rozwiązanie Umowy

1. Umowa może być rozwiązana:
 - a) na podstawie pisemnego porozumienia stron na warunkach określonych w porozumieniu,
 - b) przez Ubezpieczającego za pisemnym zawiadomieniem Towarzystwa o wypowiedzeniu, przy czym okres wypowiedzenia wynosi trzy miesiące, z zastrzeżeniem, że Umowa rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym upływa trzymiesięczny okres od chwili złożenia wypowiedzenia. W przypadku rażącego naruszenia warunków Umowy przez Towarzystwo, Umowa może zostać rozwiązana przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania powyższego okresu wypowiedzenia.
2. W razie wypowiedzenia Umowy ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego obowiązuje do dnia rozwiązania Umowy grupowego ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia okresu, za jaki opłacono składkę. Wypowiedzenie Umowy nie ma wpływu na roszczenia powstałe przed dniem jej wygaśnięcia.

Artykuł 9. Rezygnacja z ubezpieczenia

Ubezpieczony ma prawo do złożenia Ubezpieczającemu pisemnej rezygnacji z ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w takim przypadku w chwili otrzymania rezygnacji przez Ubezpieczającego. Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo potrącenia części składki za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 10. Prawa Ubezpieczającego wynikające z Umowy

Z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego lub Uposażonego określonych Umową oraz bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, wszelkie prawa z tytułu Umowy przysługują Ubezpieczającemu.

Artykuł 11. Podatki

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

Artykuł 12. Rozpatrywanie skarg, prawo właściwe i właściwości sądów

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres biura głównego Towarzystwa do działu obsługi klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie.
2. Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionych z tytułu Umowy.

Artykuł 13. Postanowienia kolizyjne

Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia a postanowieniami Certyfikatu Ubezpieczenia, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.

Część II Ubezpieczenie podstawowe Terminowe ubezpieczenie na życie

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego głównego nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie równe sumie ubezpieczenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości jego wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego, a w pozostałej części Uposażonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego głównego. Ubezpieczający zobowiązany jest pisemnie w terminie 14 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego. W razie braku pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego świadczenie wypłacone jest Uposażonym.

Część III Ubezpieczenie dodatkowe Ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa, złamania i oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł 1. Zakres ochrony i świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie opisane w punktach 1 lub 2 niniejszego artykułu, jeżeli zostaną spełnione warunki określone w niniejszym ubezpieczeniu dodatkowym, niezależnie od innych świadczeń należnych z tytułu Umowy.

1. Całkowite i trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 1.1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje Ubezpieczonego głównego oraz Małżonka i Dzieci, jeżeli została za nich opłacona składka w wariantcie rodzinnym i pod warunkiem, że Ubezpieczony główny zadeklarował przystąpienie do takiego wariantu.
 - 1.2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego sumę ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa powyżej, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego były wspomniane wyżej fizyczne obrażenia ciała, i
 - d) całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od dnia nieszczęśliwego wypadku, i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nadal pozostaje całkowitym i trwałym inwalidztwem nierokującym dalszej poprawy po zakończeniu tego okresu.
 - 1.3. Jeżeli całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie równe sumie ubezpieczenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości jego wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego, a w pozostałej części Ubezpieczonemu głównemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczający zobowiązany jest pisemnie w terminie 14 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego. W razie braku pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego świadczenie wypłacone jest Ubezpieczonemu głównemu.
2. Częściowe i trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku
 - 2.1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje Ubezpieczonego głównego oraz Małżonka i Dzieci, jeżeli została za nich opłacona składka w wariantcie rodzinnym i pod warunkiem, że Ubezpieczony główny zadeklarował przystąpienie do takiego wariantu.
 - 2.2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wyrażoną w procentach w tabeli świadczeń numer 1 część sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazanej w Certyfikacie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i
 - b) choćby jedno z wymienionych w tabeli świadczeń uszkodzeń ciała powodujących częściowe i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego stwierdzone zostało w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa powyżej, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wspomniane fizyczne obrażenia ciała, i
 - d) w świetle aktualnej wiedzy medycznej częściowe i trwałe inwalidztwo nie rokuje poprawy.Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty wypłacone z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego i uprzednio należne – zgodnie z warunkami niniejszego ubezpieczenia dodatkowego – z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku.
 - 2.3. Jeżeli częściowe i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości jego wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego, a w pozostałej części Ubezpieczonemu głównemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczający zobowiązany jest pisemnie w terminie 14 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymagalnych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego. W razie braku pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego, świadczenie wypłacone jest Ubezpieczonemu głównemu.
3. Jeśli Ubezpieczony udowodni swoją leworęczność, przy stracie lewego ramienia, lewej dłoni lub lewego przedramienia, będą miały odpowiednie zastosowanie podane w tabeli świadczeń numer 1 procentowe wartości sumy ubezpieczenia należne za stratę prawego ramienia, prawej dłoni lub prawego przedramienia.
4. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu lub kończyny, wspomniane powyżej części sumy ubezpieczenia zostaną zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu lub kończyny.

5. W przypadku zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn Towarzystwo wypłaci świadczenie stanowiące sumę części sumy ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym narządom lub kończynom, jednak nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.
6. Jeśli częściowe i trwałe inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w tabeli świadczeń numer 1, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, która jest dostępna w biurze głównym Towarzystwa oraz jego upoważnionych przedstawicielstwach, stanowiącą integralną część niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.
7. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
8. W przypadku wypłaty świadczenia na podstawie roszczenia z tytułu częściowego i trwałego inwalidztwa Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczonego może wyrazić zgodę na kontynuację ochrony w ramach niniejszego ubezpieczenia dodatkowego na dotychczasowych warunkach, jeżeli zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego nie ma znacznego wpływu na ryzyko objęte niniejszym ubezpieczeniem dodatkowym.
9. W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała świadczenie wypłacone zgodnie z niniejszym artykułem punktami 1 lub 2 nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wymienionej w Certyfikacie Ubezpieczenia.

Artykuł 2. Zakres ochrony i świadczenia z tytułu złamania i oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu złamania i oparzenia wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje Ubezpieczonego głównego oraz Małżonka i Dzieci, jeżeli została za nich opłacona składka w wariantcie rodzinnym i pod warunkiem, że Ubezpieczony główny zadeklarował przystąpienie do takiego wariantu.
2. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony główny lub Małżonek dozna złamania lub oparzenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wysokość świadczenia odpowiadającą doznanemu złamaniu lub oparzeniu wymienioną w tabeli świadczeń numer 2 do niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Dziecko dozna złamania lub oparzenia, Towarzystwo wypłaci kwotę w wysokości połowy świadczenia odpowiadającą doznanemu złamaniu lub oparzeniu wymienioną w tabeli świadczeń numer 2 do niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia.
3. W przypadku wypłaty świadczenia na podstawie roszczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może wyrazić zgodę na kontynuację Umowy na dotychczasowych warunkach, jeżeli zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego nie ma znacznego wpływu na ryzyko objęte Umową. W żadnym przypadku łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń przypadających na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej w Certyfikacie Ubezpieczenia, włączając świadczenia już wypłacone. W przypadku więcej niż jednego uszkodzenia ciała wypłacone świadczenie przypadające na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wymienionej w Certyfikacie Ubezpieczenia.
4. Jeżeli złamanie i oparzenie Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości jego wymagalnych

wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego, a w pozostałej części Ubezpieczonemu głównemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu złamania i oparzenia Ubezpieczonego głównego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczający zobowiązany jest pisemnie w terminie 14 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych wierzytelności powstałych na skutek wykonania czynności bankowych na rzecz Ubezpieczonego głównego. W razie braku pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego, świadczenie wypłacone jest Ubezpieczonemu głównemu.

Artykuł 3. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

1. Wypłata nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo:
 - a) jako skutek samookaleczenia lub okaleczenia na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu jego poczytalności, albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - b) w wyniku podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - c) w wyniku wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, powstania, zamieszek, strajków, rozruchów społecznych lub innego podobnego zajścia albo w wyniku obrażeń odniesionych w czasie pełnienia służby policyjnej, albo w czasie działania niezgodnego z prawem, albo stawiania oporu w trakcie zatrzymania lub aresztowania, albo w wyniku pełnienia służby wojskowej w jednostkach lądowych, morskich, powietrznych bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku uczestnictwa w organizacji paramilitarnej,
 - d) w wyniku promieniowania jądrowego lub wpływu energii jądrowej – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
 - e) na skutek działania trucizny, gazu, gazów spalinowych – bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania,
 - f) w wyniku choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, lumbago, rwy kulszowej, przepukliny, AIDS, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - g) na skutek uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łądzi lub nart wodnych,
 - h) w wyniku jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - i) na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zazywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: neuralgia międzyżebrowa, rwa barkowa, rwa kulszowa, zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka międzykręgowego, myelopatie, bez względu na powód wyżej wymienionych dolegliwości.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy nie będą objęte także osoby z chorobami kręgosłupa, które to choroby w ciągu trzech lat przed datą objęcia ochroną spowodowały nieobecność Ubezpieczonego w pracy dłuższą niż dziesięć dni.

Warszawa, dnia 3 marca 2008 roku



Jacek Pastuszka
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

Tabela świadczeń numer 1 do części III ubezpieczenia dodatkowego dotycząca świadczenia na wypadek trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Tabela świadczeń z podziałem na rodzaj inwalidztwa oraz wysokość świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia określonej w Umowie
Szczegółowy podział i klasyfikacja inwalidztwa jest do wglądu w placówkach Towarzystwa

Całkowite i trwałe inwalidztwo

	%		20	15
– całkowita strata wzroku w obu oczach	100	– całkowita strata kciuka	10	5
– całkowita strata obu ramion lub obu dłoni	100	– częściowa strata kciuka (człon paznokciowy)	20	15
– całkowita głuchota, spowodowana urazem	100	– całkowite usztywnienie kciuka	15	10
– strata dolnej szczęki	100	– całkowita amputacja palca wskazującego	10	8
– całkowita strata mowy	100	– całkowita strata dwóch członów palca wskazującego	5	3
– całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi	100	– jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
– całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy	100	– całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
– całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy	100	– całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
– całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi	100	– całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
– całkowita strata obu nóg	100	– całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45	40
– całkowita strata obu stóp	100	– całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40	35
		– całkowita strata palca środkowego	10	8
		– całkowita strata palca innego niż kciuk, palec wskazujący lub środkowy	7	3

Częściowe i trwałe inwalidztwo

Głowa

- strata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości:
 - na powierzchni 6 cm²
 - na powierzchni od 3 do 6 cm²
 - na powierzchni mniejszej niż 3 cm²
- częściowa strata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej
- całkowita strata jednego oka
- całkowita głuchota jednego ucha

Kończyny górne:

	Prawa	Lewa
– strata jednego ramienia lub jednej dłoni	60	50
– znaczny ubytek tkanki kostnej ramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	50	40
– całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)	65	55
– całkowite porażenie nerwu pachowego	20	15
– usztywnienie barku	40	30
– usztywnienie łokcia: <ul style="list-style-type: none"> - w położeniu korzystnym (90° ± 15°) - w położeniu niekorzystnym 	25 40	20 35
– rozległa strata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	40	30
– całkowite porażenie nerwu pośrodkowego	45	35
– całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40	35
– całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia	30	25
– całkowite porażenie nerwu promieniowego dłoni	20	15
– całkowite porażenie nerwu łokciowego	30	25
– usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i w pronacji)	20	15
– usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym (zgięcie lub wyprost lub w supinacji)	30	25

Kończyny dolne:

	Prawa lub lewa
– całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda	60
– całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda	50
– całkowita strata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)	45
– częściowa strata stopy (amputacja w stawie skokowym)	40
– częściowa strata stopy (amputacja w środkowej części stępu)	35
– częściowa strata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)	30
– całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)	60
– pełne porażenie nerwu strzałkowego	30
– pełne porażenie nerwu piszczelowego	20
– pełne porażenie nerwu piszczelowego i strzałkowego	40
– usztywnienie stawu biodrowego	40
– usztywnienie stawu kolanowego	20
– ubytek tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)	60
– ubytek tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunieniem fragmentów i utrudnieniem prostowania kolana	40
– ubytek tkanki kostnej rzepki z zachowaniem możliwości ruchów	20
– skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm	30
– skrócenie kończyny dolnej o 3 do 5 cm	20
– skrócenie kończyny dolnej o 1 do 3 cm	10
– całkowita amputacja wszystkich palców stóp	25
– amputacja czterech palców stóp włącznie z dużym palcem	20
– całkowita strata czterech palców stóp	10
– całkowita strata dużego palca	10
– całkowita strata dwóch palców stóp	5
– amputacja jednego palca stopy innego niż duży palec	3

Usztywnienie palców rąk (z wyjątkiem kciuka i palca wskazującego) oraz palców nóg (z wyjątkiem dużego palca) uprawnia jedynie do 50% odszkodowania należnego w przypadku straty danych członków.

Warszawa, dnia 3 marca 2008 roku



Jacek Pastuszka
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

Tabela świadczeń numer 2 do części III ubezpieczenia dodatkowego dotycząca świadczenia na wypadek złamania i oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku

I. Wypłata z tytułu złamania

Lp. Rodzaj złamania	Wysokość świadczenia w zł	
	dla wariantu srebrnego	złotego
1. Złamania biodra lub miednicy (z wyłączeniem kości udowej lub ogonowej)		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	5000	7500
b) wszystkie inne złamania otwarte	2500	3750
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	1500	2250
d) wszystkie inne złamania	1000	1500
2. Złamania kości udowej		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	2500	3750
b) wszystkie inne złamania otwarte	2000	3000
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	1500	2250
d) wszystkie inne złamania	1000	1500
3. Złamania podudzia, kostek, łokcia, ramienia lub przedramienia (włączając nadgarstek, lecz z wyłączeniem złamania typu Colles)		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	2000	3000
b) wszystkie inne złamania otwarte	1500	2250
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	1000	1500
d) wszystkie inne złamania	750	1125
4. Złamania zuchwy		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	1500	2250
b) wszystkie inne złamania otwarte	1000	1500
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	800	1200
d) wszystkie inne złamania	400	600
5. Złamania strzałki, łopatki, mostka, śródreżca, śródstopia		
a) wszystkie złamania otwarte	1000	1500
b) wszystkie inne złamania	500	750
6. Złamania przedramienia typu Colles, Smith, Burton itp.		
a) złamania otwarte	1000	1500
b) inne złamania	500	750
7. Złamania kręgosłupa (kręgi, lecz z wyłączeniem kości ogonowej), za każdy, ale nie więcej niż 100%		
a) wszystkie złamania kompresyjne	1000	1500

b) wszystkie złamania wyrostków kolczystych, poprzecznych, nasad łuków	1000	1500
c) wszystkie inne złamania	500	750
8. Złamania żebra lub żeber (za każde żebro, ale nie więcej niż 100%), kości jarzmowych, kości ogonowej, nosa		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	800	1200
b) wszystkie inne złamania otwarte	600	900
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	400	600
d) wszystkie inne złamania	200	300
9. Złamania obojczyka, rzepki, pięty		
a) złamania otwarte	1500	2250
b) złamania wieloodłamowe	1000	1500
c) wszystkie inne złamania	500	750
10. Złamania mózgowcowej i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)		
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	5000	7500
b) wszystkie inne złamania otwarte	2500	3750
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	1500	2250
d) wszystkie inne złamania	750	1125

II. Wypłata z tytułu oparzenia

Lp. Rodzaj oparzenia	Wysokość świadczenia w zł	
	dla wariantu srebrnego	złotego
1. Oparzenia ciała obejmujące 27% lub więcej powierzchni ciała, oparzenia 2 lub 3 stopnia	5000	7500
2. Oparzenia ciała obejmujące 18% lub więcej, ale nieprzekraczające 27% powierzchni ciała, oparzenia 2 lub 3 stopnia	3000	4500
3. Oparzenia ciała obejmujące 9% lub więcej, ale nieprzekraczające 18% powierzchni ciała, oparzenia 2 lub 3 stopnia	1500	2250
4. Oparzenia ciała obejmujące 4,5% lub więcej, ale nieprzekraczające 9% powierzchni ciała, oparzenia 2 lub 3 stopnia	800	1200

Warszawa, dnia 3 marca 2008 roku



Jacek Pastuszka
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
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 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