

Wsparcie Szpitalne



MetLife AmplicoSM

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Znajdujące się w ramach w treści SWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści SWU. Pełnią jedynie funkcję informacyjną.

POMOC

Szanowni Państwo,
w ramach umieszczonych w treści SWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najistotniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife Amplico przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w SWU. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁAD

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie Szpitalne”, zwane dalej „SWU”, mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Wsparcie Szpitalne” nr 8963, zawartej pomiędzy Amplico Life Pierwszym Amerykańsko-Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Towarzystwem”, a spółką P4 Sp. z o.o, w ramach której ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci *Abonenci* P4 Sp. z o.o., zwaną dalej „Ubezpieczającym” i stanowią integralną część *Umowy Ubezpieczenia* w zakresie ryzyka śmierci *Ubezpieczonego* oraz *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:

1. **Abonent** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z *Ubezpieczającym* jako operatorem telekomunikacyjnym *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*,
2. **Agent do spraw Roszczeń** – podmiot, który może zostać upoważniony przez *Towarzystwo* do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z roszczeniami,
3. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro *Towarzystwa*, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,

4. **Dzień Wymagalności Składki** – dzień odpowiadający datą pierwszemu dniowi *Okresu Rozliczeniowego Ubezpieczonego*, będący równocześnie datą początku ochrony ubezpieczeniowej i odpowiadający mu dzień w każdym kolejnym *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, za który *Ubezpieczający* zobowiązany jest opłacić *Składkę*,
5. **Hospitalizacja** – pobyt w *Szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest pobyt w szpitalu w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego,
6. **Infolinia Towarzystwa** – telefoniczne centrum obsługi klienta, odpowiedzialne za przekazywanie informacji dotyczących ubezpieczenia, udzielające informacji o sposobie zgłoszenia roszczenia oraz udzielające informacji o sposobie odstąpienia i rezygnacji z ubezpieczenia. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie *Infolinii Towarzystwa* może być osoba trzecia działająca na zlecenie *Towarzystwa*,

WYJAŚNIENIE: W przypadku jakichkolwiek pytań, dotyczących ochrony ubezpieczeniowej prosimy o kontakt z infolinią Towarzystwa pod numerem (+48) 791 100 410.



7. **Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej** – miesięczny okres odpowiadający *Okresowi Rozliczeniowemu*, podczas którego *Ubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z *SWU*,

PRZYKŁAD: Jeżeli pierwszy dzień *Okresu Rozliczeniowego* przypada np. 9 czerwca, wówczas *Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej* również rozpoczyna się 9 czerwca. Oznacza to, że od 9 czerwca *Ubezpieczony* jest chroniony. Warunkiem udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest opłacenie *Składki*.



8. **Niepoczytalność** – utrata przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu,
9. **Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są traktowane jako *Nieszczęśliwy Wypadek*.



10. **Okres Rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta* wobec *Ubezpieczającego* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, rozpoczynający się i kończący we wskazanych przez *Ubezpieczającego* na fakturze dniach miesiący kalendarzowych,
11. **Pacjent stały** – osoba, której *Hospitalizacja* w związku z *Uszkodzeniem ciała* w następstwie *Nieszczęśliwego Wypadku* trwała co najmniej 24 godziny, licząc od momentu wpisania do chwili wypisania ze *Szpitala*,
12. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
13. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* „Wsparcie Szpitalne” nr 8963 pomiędzy P4 Sp. z o.o. a Amplico Life Pierwszym Amerykańsko-Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.,
14. **Potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemna informacja przekazywana *Ubezpieczonemu*, zawierająca informacje o podstawowych warunkach ochrony ubezpieczeniowej,
15. **Rehabilitacja** – usprawienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
16. **Rocznica Polisy** – data wskazana w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne” przypadająca co roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*,
17. **Składka** – wskazana w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne” kwota należna od *Ubezpieczającego* za każdego *Ubezpieczonego* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*, której metoda ustalania została określona w *Polisie* „Wsparcie Szpitalne”,
18. **Strony Umowy Ubezpieczenia** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. i P4 Sp. z o.o.,
19. **Suma Ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*, przesyłanym do *Ubezpieczonego*, która określa zobowiązanie *Towarzystwa* wobec *Ubezpieczonego* w przypadku zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,
20. **SWU** – niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie Szpitalne”,
21. **Szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny,
22. **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia określonego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,

23. **Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
24. **Ubezpieczający** – P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Taśmowa 7, który jest operatorem telekomunikacyjnym sieci Play, zawierający *Umowę Ubezpieczenia* „Wsparcie Szpitalne” z Amplico Life Pierwszym Amerykańsko-Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., zobowiązany do opłacania *Składki za Ubezpieczonych*,

WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym. Ubezpieczający to operator telekomunikacyjny sieci Play, który zawarł Umowę Ubezpieczenia z Towarzystwem. Ubezpieczony to osoba fizyczna – Abonent, którego życie i zdrowie jest chronione. Natomiast Towarzystwo to podmiot, który udziela ochrony ubezpieczeniowej.



25. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca *Abonentem*, spełniająca wymogi do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi SWU, której życie i zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową i za którą została opłacona *Składka*,
26. **Umowa o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych, zawarta pomiędzy *Abonentem* oraz *Ubezpieczającym*, na podstawie której *Abonent* korzysta z usług telekomunikacyjnych świadczonych przez *Ubezpieczającego*,
27. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Wsparcie Szpitalne” nr 8963 zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym* na podstawie niniejszych SWU, 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*, potwierdzona *Polisą*,
28. **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego*, przewidzianych *Umową Ubezpieczenia*. W części świadczenia równej należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikającym z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*, uprawnionym do wskazania *Uposażonego* jest *Ubezpieczający* za przednią zgodą *Ubezpieczonego*. *Uposażonym* wskazanym przez *Ubezpieczającego* może być sam *Ubezpieczający*. *Ubezpieczony* ma prawo do samodzielnego wskazania *Uposażonego* w pozostałej części świadczenia. 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 osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczyliby po *Ubezpieczonym*,
29. **Uszkodzenie ciała** – fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczonego* będące następstwem *Nieszczęśliwego Wypadku* zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
30. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia określone w artykule 3 ustęp 2 niniejszych SWU,
31. **Zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci osobom uprawnionym należne Świadczenie Ubezpieczeniowe, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem ubezpieczenia.



2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:
- Śmierć *Ubezpieczonego*,
 - Świadczenie szpitalne wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku*,
 - Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku*.

ARTYKUŁ 4. ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

WYJAŚNIENIE: Postanowienia niniejszego artykułu dotyczą stosunku prawnego pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, a nie bezpośrednio Ubezpieczonym.



1. *Umowa Ubezpieczenia* jest zawierana na czas określony – 1 rok, podczas którego *Abonenci* mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. *Umowa Ubezpieczenia* jest zawarta z chwilą jej podpisania przez *Ubezpieczającego* i *Towarzystwo*.
3. Po upływie każdego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*, *Umowa Ubezpieczenia* automatycznie ulega przedłużeniu na kolejny rok na tych samych warunkach, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
4. *Polisa „Wsparcie Szpitalne”* nie zawiera postanowień odbiegających na niekorzyść *Ubezpieczającego* od warunków zawartych w *Umowie Ubezpieczenia* lub od *SWU*.
5. *Towarzystwo* może zaproponować *Ubezpieczającemu* zmianę warunków *Umowy Ubezpieczenia* na kolejny rok obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia*. Propozycja zmiany warunków *Umowy Ubezpieczenia* powinna zostać przekazana *Ubezpieczającemu* w formie pisemnej nie później niż 3 miesiące przed końcem danego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*.
6. *Ubezpieczający* może nie wyrazić zgody na zmianę warunków *Umowy Ubezpieczenia* (złożyć sprzeciw) na kolejny rok obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia* w formie pisemnej nie później niż 1 miesiąc przed końcem danego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*. W takim przypadku *Umowa Ubezpieczenia* nie ulega przedłużeniu na kolejny rok.
7. Jeżeli *Ubezpieczający* nie złożył sprzeciwu, o którym mowa w ustępie 6, przyjmuje się, że *Umowa Ubezpieczenia* ulega przedłużeniu na warunkach zaproponowanych przez *Towarzystwo*. Zmiana wysokości *Składki* może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez *Ubezpieczającego* uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem jej nieważności.
8. *Ubezpieczający* lub *Towarzystwo* może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem okresu obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia*, dostarczyć drugiej *Stronie* zawiadomienie na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie *Umowy Ubezpieczenia* na kolejny rok.
9. *Umowa Ubezpieczenia* nie ulega przedłużeniu na kolejny rok w przypadku:
 - a) złożenia przez *Ubezpieczającego* sprzeciwu zgodnie z ustępem 6,
 - b) niewyrażenia przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę wysokości *Składki* zgodnie z ustępem 7,
 - c) dostarczenia zawiadomienia, o którym mowa w ustępie 8.
10. *Strony Umowy Ubezpieczenia* mogą dokonać zmiany *Umowy Ubezpieczenia* za ich obopólną zgodą.

ARTYKUŁ 5. PRZYSTĄPIENIE, ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci tylko ci *Abonenci*, którzy w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyli 18 rok życia, a nie ukończyli 65 roku życia. Przystąpienie do *Umowy Ubezpieczenia* jest dobrowolne.
2. *Ubezpieczonym* może być osoba, która:
 - a) wyraziła zgodę na przedstawienie oferty dotyczącej przystąpienia do *Umowy Ubezpieczenia*, nagrywanie rozmów telefonicznych prowadzonych pomiędzy *Abonentem* a *Ubezpieczającym* i trwale rejestrowanie wszelkich oświadczeń woli składanych przez *Ubezpieczonego* w trakcie tych rozmów, w szczególności oświadczenia woli w sprawie wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz na wysokość *Sum Ubezpieczenia*,
 - b) wyraziła wolę przystąpienia do *Umowy Ubezpieczenia*, na warunkach określonych w niniejszych *SWU* oraz w informacjach przekazanych przez *Ubezpieczającego*, w szczególności w zakresie ponoszenia opłat z tym związanych,
 - c) spełnia wymogi do objęcia ochroną ubezpieczeniową określone w niniejszych *SWU* i potwierdzone w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*.

WAŻNE: Przystąpienie do ubezpieczenia następuje podczas rozmowy telefonicznej. Następnie *Ubezpieczający* wysyła do *Ubezpieczonego* list powitalny wraz z niniejszymi *Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia* oraz z *Potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia*, w którym wskazane są obowiązujące *Ubezpieczonego* *Sumy Ubezpieczenia*. Opłata za ubezpieczenie jest wskazana na fakturze *Ubezpieczonego* wystawianej przez *Ubezpieczającego*.



3. Przystąpienie do *Umowy Ubezpieczenia* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* wieku 65 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej *Składki*.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego *Okresu Rozliczeniowego* dla danego *Abonenta*, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do *Umowy Ubezpieczenia* pod warunkiem opłacenia *Składki* za tego *Abonenta*, z uwzględnieniem poniższych ustępów.
5. W przypadku wielokrotnego przystąpienia do ubezpieczenia w ramach *Umowy Ubezpieczenia* ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia i tylko za tę ochronę *Ubezpieczający* zobowiązany jest opłacić *Składkę*.
6. *Ubezpieczony* może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest w formie ustnego oświadczenia o odstąpieniu.

niu, złożonego za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa*. W przypadku odstąpienia *Składka* za danego *Ubezpieczonego* zostaje zwrócona w całości *Ubezpieczającemu*. Odstąpić od ubezpieczenia *Ubezpieczony* może również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*.

WAŻNE: *Ubezpieczony* może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*. *Ubezpieczony* ma także możliwość rezygnacji z ubezpieczenia w każdym momencie jej trwania.

Obydwa przypadki powodują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia – ochrona wygasa z dniem otrzymania przez *Ubezpieczającego* oświadczenia o odstąpieniu, zaś w przypadku rezygnacji – ochrona wygasa z upływem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*.



7. *Ubezpieczony* może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest w formie ustnego oświadczenia o rezygnacji, złożonego za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa*. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*. Ochrona ubezpieczeniowa takiego *Ubezpieczonego* wygasa z upływem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w trakcie którego *Ubezpieczony* złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
8. *Ubezpieczający* i *Ubezpieczony* są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które *Towarzystwo* pytało przed objęciem *Ubezpieczonego* ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 6. SUMA UBEZPIECZENIA, SKŁADKA

1. Wysokość *Składki* i wysokości *Sum Ubezpieczenia* określone są w *Polisie „Wsparcie Szpitalne”* wystawionej na rzecz *Ubezpieczającego*. Natomiast wysokości *Sum Ubezpieczenia* dla danego *Ubezpieczonego* określone są w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*. *Ubezpieczający* wskaże *Ubezpieczonemu* w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* koszty związane z przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. *Składka* jest ustalana z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
3. *Ubezpieczający* opłaca *Składkę* za każdego *Ubezpieczonego* za dany *Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej* w terminie do *Dnia Wymagalności Składki*.
4. *Składkę* uważa się za opłaconą w momencie uznania jej na rachunku bankowym *Towarzystwa*.
5. Niezapłacenie przez *Ubezpieczającego* *Składki* za danego *Ubezpieczonego* w odniesieniu do danego *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej* w terminie do *Dnia Wymagalności Składki* powoduje brak odpowiedzialności *Towarzystwa*, po uprzednim wezwaniu *Ubezpieczającego* przez *Towarzystwo* do zapłaty *Składki* za danego *Ubezpieczonego* wraz z pouczeniem, iż brak wpłaty *Składki* w terminie 14 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności *Towarzystwa*.

ARTYKUŁ 7. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczenie na życie

Jeżeli śmierć *Ubezpieczonego* nastąpi w *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, to *Świadczenie Ubezpieczeniowe* jest wypłacane w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, na poczet wszelkich należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikających z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*. Jeżeli *Suma Ubezpieczenia* jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* zostanie wypłacona *Uposażonemu* samodzielnie wskazanemu przez *Ubezpieczonego*. *Towarzystwo* zawiadomi *Ubezpieczającego* o wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* należnego z tytułu śmierci *Ubezpieczonego*. *Ubezpieczający* zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować *Towarzystwo* o wysokości wymaganych należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego*. W razie braku odpowiedzi ze strony *Ubezpieczającego* w powyższym terminie *Świadczenie Ubezpieczeniowe* wypłacone jest *Uposażonemu*.

2. Świadczenie szpitalne wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku*

- 2.1 *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie szpitalne, jeżeli w następstwie *Uszkodzenia ciała*, które powstało wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku* po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszymi *SWU*, *Ubezpieczony* jako *Pacjent stały* przez przynajmniej 4 kolejne dni liczone od momentu wpisania do *Szpitala* podlegał *Hospitalizacji*.
- 2.2 Dzienna wysokość świadczenia szpitalnego jest wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* z jego tytułu.

- 2.3 Świadczenie szpitalne jest płatne od 1 dnia *Hospitalizacji*, pod warunkiem, że *Hospitalizacja* trwała co najmniej 4 dni.
- 2.4 Okres *Hospitalizacji*, za który naliczane jest świadczenie szpitalne za pobyt w *Szpitalu* dla każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć 180 dni.



WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że świadczenie szpitalne wypłacane jest aż za maksymalnie 180 dni pobytu w Szpitalu będącego następstwem *Nieszczęśliwego Wypadku*.

3. **Świadczenie za pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku***
 - 3.1 W przypadku *Hospitalizacji* na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej/Oddziale Intensywnej Terapii, w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów medycznych, *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za pobyt na tym oddziale, jeżeli w następstwie *Uszkodzenia ciała*, które powstało wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku* po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony przewidzianej niniejszymi *SWU*, przebywał na OIOM/OIT jako *Pacjent stały*.
 - 3.2 Dzienna wysokość świadczenia za pobyt na OIOM/OIT jest wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia* jako *Suma Ubezpieczenia* z tytułu tego świadczenia.
 - 3.3 Dienne świadczenie za pobyt na OIOM/OIT jest płatne od 1 dnia. Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na OIOM/OIT, za który naliczane jest świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego roku trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. *Świadczenia Ubezpieczeniowe* przewidziane niniejszymi *SWU* zostaną wypłacone w wysokości *Sum Ubezpieczenia*, zgodnie z wybranym przez *Ubezpieczonego* wariantem ochrony, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9.
5. Jeżeli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* opisane w ustępach 2 i 3 powyżej nastąpi w *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, to *Świadczenie Ubezpieczeniowe* należne z tytułu danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* jest wypłacane w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu* na poczet wszelkich należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikających z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*. Jeżeli *Świadczenie Ubezpieczeniowe* jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* zostanie wypłacona *Ubezpieczonemu*. *Towarzystwo* zawiadomi *Ubezpieczającego* o wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* należnego z tytułu danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*. *Ubezpieczający* zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować *Towarzystwo* o wysokości wymaganych należności *Ubezpieczonego* wobec *Ubezpieczającego*. W razie braku odpowiedzi ze strony *Ubezpieczającego* w powyższym terminie *Świadczenie Ubezpieczeniowe* wypłacone jest *Ubezpieczonemu*.

ARTYKUŁ 8. ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 5.
2. Odpowiedzialność *Towarzystwa* i obowiązek *Ubezpieczającego* do zapłaty *Składek* w stosunku do danego *Ubezpieczonego* wygasa w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z upływem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, za który została zapłacona ostatnia *Składka* przed utratą przez *Ubezpieczonego* statusu *Abonenta*,
 - b) z upływem okresu, na który została zawarta *Umowa Ubezpieczenia z Ubezpieczającym*, o ile nie zostanie zawarta na kolejny roczny okres,
 - c) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w którym nastąpiło rozwiązanie *Umowy Ubezpieczenia* wskutek wypowiedzenia przez *Ubezpieczającego*,
 - d) w przypadku złożenia przez *Ubezpieczonego* oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia – z chwilą złożenia oświadczenia o odstąpieniu,
 - e) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej* – po zgłoszeniu przez *Ubezpieczonego Ubezpieczającemu* rezygnacji z ubezpieczenia,
 - f) z chwilą śmierci *Ubezpieczonego*, z zastrzeżeniem postanowień co do odpowiedzialności *Towarzystwa* w związku ze śmiercią *Ubezpieczonego* objętych niniejszymi *SWU*,
 - g) w przypadku niezapłacenia *Składki* przez *Ubezpieczającego* za danego *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 6 ustęp 5,
 - h) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 70 rok życia,
 - i) *Ubezpieczony* został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu *Niepoczytalności*.

ARTYKUŁ 9. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA



WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku* wynikającej lub związanej z:

- a) samookaleczeniem lub okaleczeniem na jego prośbę przez osobę trzecią, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- b) wypadkiem wynikłym z faktu pozostawania *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- d) *Uszkodzeniami ciała* będącymi rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miążdżystego,
- e) wszelkimi *Uszkodzeniami ciała* powstałymi po raz pierwszy przed datą wejścia w życie niniejszego ubezpieczenia,
- f) jakimkolwiek leczeniem szpitalnym bądź zabiegiem chirurgicznym z powodu choroby,
- g) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych niniejszym ubezpieczeniem,
- h) *Rehabilitacją*,
- i) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- j) wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- k) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie *Hospitalizacji*,
- l) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), chorobami związanymi z AIDS lub chorobą wywołaną zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności),
- m) *Uszkodzeniem ciała* w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnieniem przestępstwa, rozmyślnym udziałem w innym czynie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- n) jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- o) 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,
- p) zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- q) przelotem jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

ARTYKUŁ 10. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania *Składki* za każdego *Ubezpieczonego* w wysokości i terminach określonych w *Umowie Ubezpieczenia i Polisie*.

ARTYKUŁ 11. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO



WAŻNE: Uposażonego wskazuje *Ubezpieczony*. Uposażonym może być dowolna osoba. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.

1. *Uposażony* może być wskazany podczas rozmowy, o której mowa w artykule 5 ustęp 2 lit. a).
2. *Ubezpieczony* może także wskazać *Uposażonych* w dowolnym czasie poprzez złożenie do *Towarzystwa* formularza wskazania *Uposażonych*. Do formularza tego powinno zostać załączone ksero dowodu tożsamości, który zawiera wzór podpisu *Ubezpieczonego*.
3. Zmiany *Uposażonego* lub jego wskazania można dokonywać listownie, wysyłając formularz zmiany lub wskazania *Uposażonego* na podany za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* adres *Towarzystwa*.
4. *Ubezpieczony*, wskazując *Uposażonych*, określa procentowy udział każdego z *Uposażonych* w kwocie *Świadczenia Ubezpieczeniowego*, z dokładnością do 1%. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich *Uposażonych* nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez *Ubezpieczonego* udziałów tak, aby

wszystkie udziały sumowały się do 100%. W przypadku, gdy *Ubezpieczony* wskazał kilku *Uposażonych* i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie *Świadczenia Ubezpieczeniowego*, przyjmuje się, że wszystkie udziały są równe.

5. *Ubezpieczony* może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać *Uposażonego* w sposób określony w ustępach 2 i 3.
6. *Świadczenie Ubezpieczeniowe* nie przysługuje *Uposażonemu* w przypadku umyślnego przyczynienia się do śmierci *Ubezpieczonego*. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów.

ARTYKUŁ 12. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. *Zdarzenie ubezpieczeniowe* należy zgłosić za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* lub pisemnie do *Agenta do spraw Roszczeń*.

WYJAŚNIENIE: Roszczenie o wypłatę świadczenia należy zgłosić w jeden z poniższych sposobów:

- **telefonicznie** – za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa – tel. +48 791 100 410
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją do Agenta do spraw Roszczeń na adres:
Amplico Life S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.
Formularze dostępne są także na stronie internetowej Towarzystwa.



2. Przy przyjęciu zgłoszenia zgłaszający roszczenie zostaje poinformowany:
 - a) o wymaganych dokumentach oraz o sposobie ich złożenia,
 - b) o konieczności przesłania wymaganych dokumentów do *Towarzystwa*.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania *Świadczenia Ubezpieczeniowego* niezbędne jest przedłożenie wszystkich dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego Uposażony* składa:
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopię dokumentu tożsamości każdego z *Uposażonych*,
 - b) w przypadku *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię karty informacyjnej pobytu w *Szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu, lub podanie adresu i nazwy placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.
4. Jeżeli *Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego* miał miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest złożenie dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski.



5. W przypadku niekompletności lub wątpliwości co do poprawności informacji zawartych w dokumentacji *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych.
6. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu potwierdzenia zasadności roszczenia zgodnie z niniejszymi *SWU*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na żądanie i koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych *SWU*. *Świadczenia Ubezpieczeniowe* należne z tytułu *Hospitalizacji Ubezpieczonego* wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do rozpatrzenia roszczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.



7. *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.

WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.



8. *Świadczenie Ubezpieczeniowe* zostanie wypłacone w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu* i zarachowane przez *Ubezpieczającego* na poczet wszelkich należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego*. Jeżeli wysokość kwoty *Świadczenia Ubezpieczeniowego* przekraczał będzie wysokość wszelkich należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego*, pozostała część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* zostanie wypłacona *Uposażonemu* (w przypadku śmierci *Ubezpieczonego*) lub *Ubezpieczonemu* (w pozostałych przypadkach).
9. *Towarzystwo* spełnia *Świadczenie Ubezpieczeniowe* w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania przez *Towarzystwo* zawiadomienia o wystąpieniu *Zdarzenia ubezpieczeniowego*.
10. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* nie było w tym terminie możliwe, *Towarzystwo* wypłaca *Świadczenie Ubezpieczeniowe* w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* *Towarzystwo* wypłaci w terminie przewidzianym w ustępie 9 niniejszego artykułu.
11. Jeżeli *Świadczenie Ubezpieczeniowe* nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadamia pisemnie osoby zgłaszające roszczenie o odmowie przyznania *Świadczenia Ubezpieczeniowego*, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych w ustępach poprzedzających.

ARTYKUŁ 13. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZĄCEGO

1. *Ubezpieczający* jest uprawniony do odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
2. *Umowa Ubezpieczenia* może zostać wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypowiedzenie zostało złożone.

ARTYKUŁ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia *Towarzystwa* i *Ubezpieczającego* dotyczące *Umowy Ubezpieczenia* będą sporządzane w formie pisemnej i doręczane na ostatni znany adres drugiej *Strony* za potwierdzeniem odbioru.
2. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania *Umowy Ubezpieczenia* winny być przesyłane na piśmie na adres *Biura głównego Towarzystwa*, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez *Towarzystwo* lub w innej formie zaakceptowanej przez *Stronę*. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do *Towarzystwa* niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. *Towarzystwo* w ciągu 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, wyjaśni przyczynę opóźnienia.
3. *Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Uposażony* lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
4. Jeżeli *Strony* wyrażą pisemną zgodę, postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w *SWU* mogą zostać włączone do *Umowy Ubezpieczenia*.
5. Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* wymaga porozumienia *Stron* i formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* na niekorzyść *Ubezpieczonego* lub osoby uprawnionej do otrzymania *Świadczenia Ubezpieczeniowego* wymaga zgody *Ubezpieczonego*.
7. *Ubezpieczający* obowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonemu* na piśmie informacji o zmianie *Umowy Ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tej zmiany na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartego ubezpieczenia przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę *Umowy Ubezpieczenia*.
8. W przypadku nieprzekazania *Ubezpieczonemu* informacji, o których mowa w ustępie 7 niniejszego artykułu i zgodnie z tym ustępem, *Ubezpieczający* ponosi wobec *Ubezpieczonego* odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
9. Wszelkie spory mogące wynikać z *Umowy Ubezpieczenia* 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.

10. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *SWU* a postanowieniami *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.
11. W sprawach nieuregulowanych w *SWU* mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
12. Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).
13. Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Warszawa, dnia 10 lutego 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes 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: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku.

Amplico Life S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt.

w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70

© Amplico Life S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

MetLife AmplicoSM

Amplico Life S.A.

ul. Przemysłowa 26

00-450 Warszawa

e-mail: lifefinfo@metlifeamplico.pl

www.metlifeamplico.pl