

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA NOWOTWORU NARZĄDÓW KOBIECYCH DLA KLIENTEK SYGMA BANK

CZĘŚĆ I

OGÓLNA

ARTYKUŁ 1 – DEFINICJE

Użyte w niniejszych szczególnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. **biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
2. **Certyfikat Ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową; wystawienie i doręczenie Certyfikatu Ubezpieczenia ma jedynie znaczenie informacyjne, nie stanowi przesłanki udzielania ochrony ubezpieczeniowej – wszystkie dane zawarte w Certyfikacie Ubezpieczenia są utrwalone przez Ubezpieczającego i Towarzystwo na odpowiednich nośnikach,
3. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która wystąpiła w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonej,
4. **diagnoza lekarska** – końcowa opinia lekarza onkologa lub patologa, która dowodzi, że Ubezpieczona choruje na chorobę objętą ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego,
5. **konsultacja medyczna** – świadczenia opisane w punkcie 3 artykułu 1 Części III,
6. **Konsorcjum WorldCare (Konsorcjum)** – sieć specjalistów medycznych, zorganizowana przez WorldCare International Ltd w celu udzielania konsultacji medycznej osobom objętym ochroną zgodnie z niniejszymi szczególnymi warunkami ubezpieczenia,
7. **narządy kobiece** – piersi, szyjka macicy, jajniki, macica, jajowody, pochwa,
8. **niepoczytalność** – nieodwracalne zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące niezdolność Ubezpieczonej do samodzielnej egzystencji,
9. **nowotwór narządów kobiecych** – złośliwy guz charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz naciekaniem otaczających tkanek przez komórki nowotworowe. Miejscem ogniska pierwotnego są narządy kobiece. Wykluczone są zmiany opisywane jako: rak in situ, zmiany nieinwazyjne, zmiany przednowotworowe oraz wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV,
10. **okres ubezpieczenia** – okres od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Ubezpieczonej do daty jej wygaśnięcia,
11. **składka** – kwotę należną Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej danej Ubezpieczonej na podstawie niniejszej Umowy, wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia,
12. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia, która określa maksymalne zobowiązanie Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
13. **Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
14. **Ubezpieczający** – Sygma Banque Société Anonyme (S.A.) Oddział w Polsce,
15. **Ubezpieczona** – osobę wymienioną w Certyfikacie Ubezpieczenia, będącą stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy kredytowej, która ukończyła 18 rok życia, a nie ukończyła 60 roku życia, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia i za którą została opłacona składka,
16. **Umowa** – Umowę grupowego ubezpieczenia na życie oraz na wypadek zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych dla Klientek 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,
17. **Umowa kredytowa** – umowę o Kartę, umowę o kartę kredytową, umowę o korzystanie z karty kredytowej, umowę kredytu odnawialnego lub umowę kredytu konsolidacyjnego i odnawialnego,

18. **Uposażony** – osobę uprawnioną do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonej, przewidzianych niniejszą Umową. O ile Ubezpieczona nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń jest małżonek Ubezpieczonej. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonej. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonej. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonej w częściach, w jakich po niej dziedziczą,
19. **zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do zawarcia Umowy,
20. **saldo zadłużenia** – sumę długów pieniężnych Ubezpieczonej wobec Ubezpieczającego z tytułu umowy kredytowej; w wypadku świadczenia z tytułu śmierci saldo zadłużenia oblicza się na dzień śmierci Ubezpieczonej; w wypadku pozostałych świadczeń saldo zadłużenia oblicza się na dzień uznania roszczenia przez Towarzystwo.

ARTYKUŁ 2 – PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia Ubezpieczonej.

ARTYKUŁ 3 – KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczoną może zostać kobieta, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia:
 - a) ukończyła 18 lat i nie ukończyła 59 lat oraz
 - b) zawarła z Ubezpieczającym Umowę kredytową i Umowa ta pozostaje w mocy, oraz
 - c) w stosunku do której nie jest zablokowana transakcja zakupu lub wypłaty gotówki, ani nie jest zawieszone kredytowanie, oraz
 - d) posiada obywatelstwo polskie.
 Z ubezpieczenia wyłączone są osoby, które przed przystąpieniem do ubezpieczenia poddały się zabiegowi zmiany płci.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczona są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które Towarzystwo zapytywało przed objęciem Ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową.
3. Przystąpienie do ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczoną wieku 59 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej składki.

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 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 Ubezpieczoną warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową.
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 Ubezpieczonej, za którą 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 wysłało 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 danej Ubezpieczonej ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka. Zapłacenie składki spowoduje wznowienie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Ubezpieczonej – ochrona będzie wznowiona za miesiąc, za który została opłacona składka.
6. W ramach promocji dla Klientek Ubezpieczającego w okresie pierwszych dwóch miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej dla danej Ubezpieczonej 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 Ubezpieczona przystąpiła do ubezpieczenia, składając w tym względzie odpowiednie oświadczenie. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem wejścia w życie zmiany Umowy kredytowej polegającej na objęciu Ubezpieczonej 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 Ubezpieczonej nowym ubezpieczeniem, przy czym w trakcie takiej rozmowy przystępująca do ubezpieczenia winna złożyć niezbędne oświadczenia, w tym dotyczące:
 - a) wyrażenia zgody na przekazywanie Towarzystwu przez Ubezpieczającego danych osobowych Ubezpieczonej oraz informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu objęcia Ubezpieczonej przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego przez Ubezpieczoną wariantu ochronnego,
 - b) upoważnienia Ubezpieczającego do odbioru w imieniu Ubezpieczonej korespondencji od Towarzystwa oraz upoważnienia Towarzystwa do przekazywania korespondencji związanej z wykonywaniem Umowy na adres Ubezpieczającego.
3. Ochrona w stosunku do danej Ubezpieczonej jest świadczona w miesiącu, za który została opłacona za nią składka.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonej z mocy niniejszego postanowienia w przypadku, gdy:
 - a) Ubezpieczona została w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznana za niepoczytalną – z chwilą powstania stanu niepoczytalności,
 - b) nastąpi wypłata świadczenia lub obowiązek wypłaty świadczenia opisane w Części II lub Części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia,
 - c) nie wpłynęła składka we wskazanym Ubezpieczającemu przez Towarzystwo terminie, o którym mowa w Części I artykule 4 punkcie 5,
 - d) Ubezpieczona kończy 60 lat – z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpi to zdarzenie,
 - e) rozwiązana została lub wygasła Umowa kredytowa lub nastąpiło odstąpienie od niej,
 - f) Ubezpieczona przestała spełniać warunki kwalifikacji do ubezpieczenia określone w Części I artykule 3,
 - g) rozwiązana została Umowa w wyniku jej wypowiedzenia lub wygaśnięcia,
 - h) po upływie miesięcznego okresu, za jaki została opłacona składka.
5. Ubezpieczona ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy poprzez przesłanie na adres Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia w tym względzie. Ochrona ubezpieczeniowa takiej Ubezpieczonej wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym zakończył się określony w Umowie miesięczny okres rozliczeniowy, w trakcie którego Ubezpieczający otrzymał oświadczenie Ubezpieczonej o rezygnacji z ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający może, na wniosek Ubezpieczonej, co do której ochrona ubezpieczeniowa wygasła, ponownie włączyć ją do ubezpieczenia, składając Towarzystwu oświadczenie w tym względzie. Ponowne włączenie do ubezpieczenia jest dopuszczalne, jeżeli Ubezpieczona 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 Ubezpieczonej do ubezpieczenia, z uwzględnieniem zapisów w artykule 1 Części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia.
7. 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.
8. W przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy, Ubezpieczający powiadomi o tym fakcie Ubezpieczoną.

ARTYKUŁ 6 – WSKAZANIE I ZMIANA UPOSAŻONEGO

1. W przypadku wszystkich Umów, również tych zawartych na cudzy rachunek, Ubezpieczona ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia, z uwzględnieniem postanowień Części II oraz III.
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 Ubezpieczonej albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jej 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 Ubezpieczonej Uposażony składa:
- skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonej (kopię),
 - formularz *Dokumentacja Zgonu – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-01)*,
 - kopię dokumentu tożsamości Uposażonego lub spadkobiercy,
 - Certyfikat Ubezpieczenia;
- b) w przypadku zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych Ubezpieczona składa:
- formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Zgłaszającego (CL I-10)*,
 - formularz *Zgłoszenie Roszczenia – Oświadczenie Lekarza (CL I-11)*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej chorobę i potwierdzającej diagnozę wydaną przez lekarza onkologa lub patologa wraz z wynikiem badania histopatologicznego oraz zastosowane leczenie (w przypadku leczenia lub pobytu w szpitalu poza granicami Polski Ubezpieczona jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski),
 - Certyfikat Ubezpieczenia.

Wszelkie informacje zawarte w formularzach, jak również wszelkie inne wymagane przez Towarzystwo do ustalenia jego odpowiedzialności, powinny być dostarczone Towarzystwu w ciągu 30 dni od daty diagnozy lekarskiej lub wypisu Ubezpieczonej ze szpitala;

- c) w przypadku roszczenia zgodnie z punktem 1 i 2 artykułu 1 Części III:
- Ubezpieczona jest zobowiązana do powiadomienia Towarzystwa na piśmie o zdarzeniu stanowiącym podstawę do realizacji świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, a w przypadku niemożliwości powiadomienia wynikłej ze stanu zdrowia Ubezpieczonej – w terminie 7 dni od dnia ustania tej przeszkody. Warunkiem skuteczności tego powiadomienia jest przedłożenie w powyższym terminie kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonej potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza lub pracownika Amplico Life,
 - Towarzystwo po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia doręczy odpowiednie formularze do przedstawienia wymaganych dowodów zachorowania na nowotwór narządów kobiecych, które następnie powinny być przekazane do biura głównego Towarzystwa w Warszawie;
- d) w przypadku roszczenia zgodnie z punktem 3 artykułu 1 Części III:
- wniosek o konsultację medyczną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego składa Ubezpieczona lub jej lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu,
 - przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczoną lub jej lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej konsultacji. WorldCare International Ltd zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczoną lub jej lekarza w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników konsultacji medycznych otrzymanych z Konsorcjum.

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 lekarskie

Ubezpieczona jest zobowiązana na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego wszczętego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia ubezpieczeniowego badaniom lekarskim. Jeżeli Ubezpieczona odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może uchylić się od wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej Umowy.

4. Wypłata świadczeń

Świadczenie opisane w Części II niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia jest wypłacane Uposażonym, z uwzględnieniem postanowień Części II. Świadczenie opisane w Części III niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia jest wypłacane Ubezpieczonej, z uwzględnieniem postanowień Części III. 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

W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgania dodatkowych opinii specjalistów.

Jeżeli Ubezpieczona nie przedstawi wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić 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 powiadomieniem Towarzystwa o wypowiedzeniu, przy czym okres wypowiedzenia wynosi 3 (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 Ubezpieczonej 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

Ubezpieczona ma prawo do złożenia Ubezpieczającemu pisemnej rezygnacji z ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty objęcia jej 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 Ubezpieczonej 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 Ubezpieczonej 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 wyniknąć 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, Ubezpieczonej, Uposażonego lub uprawnionych z tytułu Umowy albo przez sąd właściwości ogólnej.

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 Ubezpieczonej nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie równe sumie ubezpieczenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości salda zadłużenia, a w pozostałej części Uposażonemu. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonej. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 7 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości salda zadłużenia. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie świadczenie wypłacone jest Uposażonemu.

CZĘŚĆ III UBEZPIECZENIE DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA NOWOTWORU NARZĄDÓW KOBIECYCH

ARTYKUŁ 1 – ZAKRES OCHRONY

1. Jednorazowe świadczenie w przypadku zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych
 - 1.1. Towarzystwo wypłaci sumę ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wskazaną w Certyfikacie Ubezpieczenia, wyłącznie w przypadku gdy:
 - a) u Ubezpieczonej został zdiagnozowany nowotwór narządów kobiecych i
 - b) Ubezpieczona pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych, i
 - c) objawy choroby lub jej rozpoznanie pojawiły się po raz pierwszy nie wcześniej niż po upływie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej Ubezpieczonej lub nie wcześniej niż po upływie 90 dni od daty ponownego włączenia tej Ubezpieczonej do ubezpieczenia.
 - 1.2. Ubezpieczonej przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego jednorazowego świadczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, bez względu na liczbę zdiagnozowanych chorób zdefiniowanych w artykule 1 Części I niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia oraz bez względu na to, czy Ubezpieczona przeżyła je równocześnie, czy też kolejno. W przypadku śmierci Ubezpieczonej świadczenie jej należne zostanie wypłacone osobie uposażonej, która jest wskazana w Umowie lub innej osobie uprawnionej do świadczenia.

13. Jeżeli zdiagnozowanie nowotworu narządów kobiecych Ubezpieczonej nastąpi w okresie ubezpieczenia, to świadczenie należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości salda zadłużenia, a w pozostałej części Ubezpieczonej. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości świadczenia należnego z tytułu zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych Ubezpieczonej. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 7 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości salda zadłużenia. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie świadczenie wypłacone jest Ubezpieczonej.
2. **Miesięczne świadczenie w przypadku zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych (miesięczne świadczenie)**
 - 2.1. Towarzystwo dodatkowo oprócz świadczenia opisanego powyżej wypłacać będzie miesięczne świadczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych, po spełnieniu warunków z punktu 1.1. powyżej. Wysokość miesięcznego świadczenia oraz okres, przez jaki będzie ono wypłacane, są określone w Certyfikacie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczającego.

W przypadku śmierci Ubezpieczonej obowiązek wypłaty przez Towarzystwo miesięcznego świadczenia z tytułu niniejszych szczególnych warunków ubezpieczenia przechodzi na rzecz osoby uposażonej, która jest wskazana w Umowie lub innej osoby uprawnionej do świadczenia. Należne świadczenie zostanie wypłacone jednorazowo.
 - 2.2. Jeżeli zdiagnozowanie nowotworu narządów kobiecych Ubezpieczonej nastąpi w okresie ubezpieczenia, to miesięczne świadczenie należne z tytułu tego zdarzenia jest wypłacane Ubezpieczającemu do wysokości salda zadłużenia, a w pozostałej części Ubezpieczonej. Towarzystwo, jednorazowo po zaakceptowaniu roszczenia, zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości miesięcznego świadczenia należnego z tytułu zdiagnozowania nowotworu narządów kobiecych Ubezpieczonej. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 7 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości salda zadłużenia. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie świadczenie wypłacone jest Ubezpieczonej.
3. **Konsultacja medyczna**
 - 3.1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Ubezpieczonej lub po ponownym włączeniu tej Ubezpieczonej do ubezpieczenia nowotworu narządów kobiecych, z tytułu którego Ubezpieczona zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie konsultacji medycznej, do której jest uprawniona na podstawie niniejszej Umowy.
 - 3.2. Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów konsultacji medycznej uzyskanej przez Ubezpieczoną zgodnie z niniejszą Umową. Konsultacje medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonej i jej lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
 - 3.3. Konsultacja medyczna obejmuje:
 - a) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - b) jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia promieniami Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
 - c) jedną konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczona wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b) powyżej, uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna konsultacja medyczna,
 - d) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
 - e) telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonej a specjalistą Konsorcjum.
 - 3.4. Jeśli wielokrotne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania.

Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację medyczną.

- 3.5. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację medyczną.
- 3.6. Liczba konsultacji medycznych jest ograniczona do:
- a) dwóch w każdym roku trwania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Ubezpieczonej i
 - b) sześciu w okresie objęcia Ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy.
- 3.7. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczoną lub jej lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji medycznych zgodnie z niniejszą Umową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

ARTYKUŁ 2 – WYKLUCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

Świadczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego nie zostaną wypłacone, jeżeli choroba jest pośrednio lub bezpośrednio spowodowana:

- a) chorobą kobiecych narządów i ich powikłań, które wystąpiły przed datą objęcia Ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową lub wznowienia tej ochrony lub w okresie zawieszenia,
- b) chorobą powstałą w wyniku zabiegów kosmetycznych lub chirurgii plastycznej (dotyczy operacji piersi),
- c) zabiegami mającymi na celu zmianę płci,
- d) chorobą powstałą w wyniku zakaźnych chorób przenoszonych drogą płciową,
- e) wielokrotnym i nieuzasadnionym wykonywaniem badań rentgenowskich, za wyjątkiem badań okresowych,
- f) radiacją, reakcją jądrową lub skażeniem radioaktywnym,
- g) chorobą zaistniałą w ciągu pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Ubezpieczonej lub chorobą zaistniałą w ciągu pierwszych 90 dni od daty ponownego włączenia tej Ubezpieczonej do ubezpieczenia,
- h) chorobą wywołaną bezpośrednio albo pośrednio zakażeniem wirusem HIV (Wirus ludzkiego niedoboru odporności), w tym AIDS (Zespół nabytego niedoboru odporności).

Warszawa, dnia 12 maja 2009 roku



Mirosław Kisyk

Członek Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka

Członek Zarządu Towarzystwa

Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, 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.