

Szczególne warunki

MetLife AmplicoSM

grupowego ubezpieczenia na życie Posiadaczy karty kredytowej nr 9957

§1. Definicje

- Aktywność zawodowa** – prowadzenie działalności gospodarczej lub wykonywanie obowiązków pracowniczych w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę. Za osoby Aktywne zawodowo uznaje się również osoby przebywające na zwolnieniach lekarskich oraz płatnych urloпах wypoczynkowych.
- Posiadacz** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę o kartę kredytową z Ubezpieczającym.
- Limit kredytowy** – dopuszczalna kwota, na jaką Posiadacz może się zadłużyć, określona przez Bank indywidualnie dla każdego Posiadacza.
- Okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny kończący się w dniu odpowiadającym ustalonej z Posiadaczem dacie generowania Wyciągu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Okres rozliczeniowy trwa od dnia wejścia w życie Umowy o kartę kredytową do pierwszego generowania Wyciągu, a każdy kolejny Okres rozliczeniowy zaczyna się w dniu następującym po dniu wygenerowania Wyciągu.
- Data rozpoczęcia Ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
- Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia na rachunku karty kredytowej Ubezpieczonego, nie wyższa niż Limit kredytowy.
- Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
- Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
- Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
- Ubezpieczający** – Bank Pocztowy Spółka Akcyjna z siedzibą w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 17.
- Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
- Ubezpieczony** – Posiadacz, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
- Umowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie Posiadaczy karty kredytowej.
- Umowa o kartę kredytową** – umowa o przyznanie limitu kredytowego i wydanie karty zawarta pomiędzy Posiadaczem a Ubezpieczającym. Każdy Posiadacz w danym momencie może być stroną tylko jednej Umowy o kartę kredytową.
- Wyciąg** – zestawienie operacji zrealizowanych przy użyciu karty głównej i kart dodatkowych oraz należnych Bankowi odsetek, prowizji i opłat, obejmujący okres danego cyklu rozliczeniowego, zawierający także informację o wymaganej kwocie spłaty i terminie spłaty.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zgon Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny, stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
- Złożenie Deklaracji** – dostarczenie Ubezpieczającemu podpisanej przez Posiadacza Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia (załącznik nr 3 do Umowy).

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

- Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
- Zakres Ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego z dowolnej przyczyny oraz Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

§3. Kwalifikacja

- Każdy Posiadacz może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli w dniu Złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat, ale nie ukończył 65 roku życia.
- Uznaje się, że Posiadacz kończy dany wiek pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Posiadacza przypada pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego lub gdy Posiadacz kończy 18 lat w pierwszym Okresie rozliczeniowym, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
- Ubezpieczeniem może zostać objęty Posiadacz, który spełnia wymogi podane w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia przystąpienia Posiadacza do Ubezpieczenia, że podał on świadomie nieprawdziwe informacje lub Złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w ust. 1, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

- W stosunku do indywidualnego Posiadacza datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest późniejsze ze zdarzeń:
 - dzień następujący po dniu zawarcia przez Posiadacza Umowy o kartę kredytową,
 - dzień następujący po dniu Złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się w dniu:
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - stwierdzenia przez Towarzystwo u Ubezpieczonego stanu Trwałej niezdolności do pracy,
 - upływu Okresu rozliczeniowego, za jaki opłacono Składkę, jeśli kolejna Składka nie zostanie opłacona, przy czym za opłaconą uznaje się także Składkę równą zero (w przypadku, gdy saldo zadłużenia wynosi zero na koniec okresu rozliczeniowego), pod warunkiem zgłoszenia Ubezpieczonego w raporcie Ubezpieczonych,
 - osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat, przy czym wiek Posiadacza liczony jest zgodnie z §3 ust. 2,
 - upływu Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony dokonał skutecznie rezygnacji z Ubezpieczenia,
 - odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy,
 - upływu Okresu rozliczeniowego, w trakcie którego Ubezpieczony odstąpił od Umowy o kartę kredytową lub Umowa o kartę kredytową ulega skutecznemu rozwiązaniu,
 - upływu Okresu rozliczeniowego, w trakcie którego Umowa ulega skutecznemu rozwiązaniu.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

- Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Ubezpieczenia.
- Podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres Bank Pocztowy SA, ul. Jagiellońska 17, 85-959 Bydgoszcz, Biuro Kart Bankowych. Oświadczenie powinno zawierać: imię, nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer Umowy o kartę kredytową oraz wniosek o zaniechanie objęcia ochroną z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia na życie Posiadaczy karty kredytowej nr 9957.
- Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna z końcem Okresu rozliczeniowego, w którym wpłynęło do Ubezpieczającego oświadczenie o rezygnacji.
- W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia lub wygaśnięcia Umowy o kartę kredytową przed upływem terminu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia, to świadczenie równe Sumie ubezpieczenia określonej w pkt 1 §8 jest wypłacane Ubezpieczającemu.

§7. Płatność świadczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy

- W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień Nieszczęśliwego wypadku bądź diagnozy choroby będącej przyczyną niezdolności do pracy jest wypłacane zgodnie ze wskazaniem dokonanym w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem ust. 3 warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy oraz był Aktywny zawodowo.
- W przypadku osób, które w dniu Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy choroby powodującej niezdolność do pracy nie były Aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), świadczenie z tytułu Trwałej niezdolności do pracy zostanie wypłacone w przypadku utraty:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - przynajmniej dwóch kończyn odpowiednio powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Z zastrzeżeniem ust. 5 stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy następuje nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia choroby powodującej niezdolność do pracy.

5. Stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy następuje niezależnie od okresu, który upłynął od daty Nieszczęśliwego wypadku lub diagnozy choroby w przypadku:
 - 1) utraty wzroku w obu oczach,
 - 2) utraty co najmniej dwóch kończyn odpowiednio powyżej nadgarstków lub kostek,
 - 3) wcześniejszego orzeczenia ZUS.

§8. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego równa jest sumie:
 - a) Salda zadłużenia obliczonego na dzień zdarzenia powodującego śmierć Ubezpieczonego oraz
 - b) Składki za okres rozliczeniowy, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równa jest Saldu zadłużenia obliczonego na dzień zdarzenia powodującego Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
3. Maksymalna wartość Salda zadłużenia na potrzeby obliczenia Sumy ubezpieczenia nie może przekroczyć 22.000,00 (słownie: dwudziestu dwóch tysięcy) złotych.
4. Maksymalna liczba świadczeń z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących jednego Ubezpieczonego wynosi jeden.

§9. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego w grupie ubezpieczonych Posiadaczy kart kredytowych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są w złotych w trybie miesięcznym w miesiącu (n) za Ubezpieczenie w Okresie rozliczeniowym kończącym się w miesiącu poprzednim (n - 1).
3. Składka jest uiszczana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.
4. Jeśli w danym okresie rozliczeniowym Składka za indywidualnego Ubezpieczonego wskazanego w miesięcznym raporcie przekazywanym do Towarzystwa przez Ubezpieczającego wynosi zero, zakłada się, że Saldo zadłużenia Posiadacza na koniec Okresu rozliczeniowego jest równe zero.
5. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej tego Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona Składka.

§10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło wskutek:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 3) choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego występujących w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem – w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 5) napaści dokonanej przez Ubezpieczonego lub usiłowania przez Ubezpieczonego dokonania napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zazywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ponadto, świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - 1) choroby psychicznej, w tym zaburzeń nerwowych,
 - 2) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.

§11. Roszczenia

W razie zgłoszenia roszczenia odpis skrócony aktu zgonu powinien być przekazany w formie oryginału albo kopii poświadczony notarialnie. Pozostałe wymagane dokumenty mogą być przekazane w formie kopii poświadczony przez uprawnionego pracownika Ubezpieczającego.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować Ubezpieczającego o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego. Ubezpieczający informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 2) statystyczna karta zgonu lub jakiegokolwiek dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu,
- 3) w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę,
- 4) w przypadku zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy.

Dokumenty wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego” przekazywane są Ubezpieczającemu, a następnie Towarzystwu.

2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku wystąpienia Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgłaszający roszczenie powinien poinformować Ubezpieczającego o zdarzeniu pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego. Ubezpieczający informuje zgłaszającego o dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, którymi są:

- orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- kopia dowodu Aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
- kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- kopia protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Dokumenty wraz z wypełnionym i podpisanym „Wnioskiem o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego” przekazywane są Ubezpieczającemu, a następnie Towarzystwu.

3. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
2. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
3. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo pisemnie zawiadamia Uprawnionego/Ubezpieczającego o konieczności uzupełnienia braków w określonym terminie.
4. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. W przypadku pytań dotyczących Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Towarzystwo udostępni nr telefonu 22 523 52 64, pod którym Klienci mogą uzyskać informację na temat ubezpieczenia i zgłaszania roszczeń.

4. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego od Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§12. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie do Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji składającej 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 skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§13. Podatki

Wszelkie podatki związane z Umową winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU 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 (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) i ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397).

§14. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

§15. Prawo właściwe

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

Warszawa, dnia 20 listopada 2013 r.


Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

MetLife AmplicoSM

Amplico Life S.A.

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa

e-mail: lifeinfo@metlifeamplico.pl

www.metlifeamplico.pl

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 KR5 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., 2013