

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby (F 35/65)

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Poważne Choroby (F)

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 4, art. 6 Tabela poważnych chorób
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2, art. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Komentarze i wyjaśnienia, które znajdują się w ramkach, nie są treścią OWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione kursywą są zdefiniowane na początku dokumentu lub w OWU umowy podstawowej.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy uwagę na kluczowe kwestie dotyczące umowy dodatkowej.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia umowy dodatkowej oraz trudne sformułowania użyte w treści OWU.



PRZYKŁADY

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

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

- Niniejsze OWU mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby (F 35/65) zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną (dalej MetLife) z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym*. Stanowią one integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony.
- Umowa dodatkowa* wraz z załączoną Tabelą poważnych chorób jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, jeżeli tak określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 16. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

- 1. poważna choroba** – jednostka chorobowa lub leczenie operacyjne określone w Tabeli poważnych chorób, które zostały zdefiniowane poniżej:
 - 1.1. zawał mięśnia sercowego**

Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 3 lub więcej z niżej podanych kryteriów:

 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
 - 1.2. zawał mięśnia sercowego – łagodniejsza postać**

Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Jednoznaczne rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego musi być oparte na 1 lub 2 z niżej podanych kryteriów:

 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
 - świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
 - 1.3. udar – z poważnymi ubytkami**

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczęgo. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

 - jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
 - udokumentowane nowe i poważne (co oznacza niedowład poniżej 4° w skali Lovetta, afazję, encefalopatię) ubytki neurologiczne, potwierdzone przez lekarza neurologa, utrzymujące się przynajmniej 3 miesiące po incydencie mózgowym,
 - zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem.
 - 1.4. udar – bez ubytków**

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej wskutek niedokrwienia lub krwawienia do mózgu, lub krwawienia podpajęczęgo. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

 - jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
 - wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, lub inne wiarygodne badanie obrazowe potwierdzające rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem.
 - 1.5. operacja pomostowania naczyń wieńcowych**

Przebyte operacji chirurgicznej w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszłornej plastyki balonowej i innych technik wewnątrznacyniowych.
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
 - 1.6. operacja zastawek serca**

Przebyte operacja w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca rozpoznanych w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje zabiegów polegających na wymianie lub korekcie wszczepionej wcześniej zastawki.
 - 1.7. operacja aorty**

Przebyte operacji tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty przez otwarcie klatki piersiowej lub brzucha. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy lub brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.
Operacja aorty zdefiniowana w tym punkcie nie obejmuje operacji wykonywanych z użyciem technik wewnątrznacyniowych.
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.

- 1.8. **wewnątrznacyniowe leczenie aorty**
Przebiecie leczenia wewnątrznacyniowego tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy lub brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
- 1.9. **pierwotne nadciśnienie płucne**
Pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu obu następujących kryteriów:
a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mm Hg mierzone metodą inwazyjną i
b) potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca.
- 1.10. **angioplastyka wieńcowa przezskórna**
Zabieg zastosowany w leczeniu choroby niedokrwiennej serca, polegający na usuwaniu zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą techniki przezskórnej wewnątrznacyniowej.
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
- 1.11. **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie**
Leczenie operacyjne w trybie pilnym z powodu masywnego zatoru tętnicy płucnej potwierdzonego jednoznacznie w dokumentacji medycznej.
- 1.12. **kardiomiopatia**
Upośledzenie funkcji mięśnia lewej komory serca o różnej etiologii, skutkujące nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego); rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardiologa lub specjalistę chorób wewnętrznych.
- 1.13. **kardiomiopatia – łagodniejsza postać**
Upośledzenie funkcji mięśnia lewej komory serca o różnej etiologii, skutkujące nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 3 według skali NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego); rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardiologa lub specjalistę chorób wewnętrznych.
- 1.14. **operacja tętniaka mózgu**
Leczenie operacyjne neurochirurgiczne poprzez kraniotomię niepękniętego tętniaka naczyń śródczaszkowych rozpoznanego w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy dodatkowej*.
- 1.15. **zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych**
Leczenie neuroradiologiczne, rozpoznanych w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu *umowy dodatkowej*, tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznacyniowej za pomocą spiral.
- 1.16. **bakteryjne zapalenie wsierdzia**
Choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW). Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę chorób wewnętrznych lub specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. Przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.
- 1.17. **stwardnienie rozsiane**
Jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego poparte stwierdzeniem występowania wszystkich wymienionych poniżej warunków:
a) mnogie neurologiczne objawy ubytkowe, które wystąpiły w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy,
b) dobrze udokumentowany wywiad zaostrzeń i remisji objawów chorobowych oraz deficytów neurologicznych,
c) stan kliniczny odpowiada co najmniej 3. stopniowi wg Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej (EDSS) Kurtzke'go.
- 1.18. **stwardnienie rozsiane – łagodniejsza postać**
Jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego poparte stwierdzeniem występowania wszystkich wymienionych poniżej warunków:
a) mnogie neurologiczne objawy ubytkowe, które wystąpiły w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy,
b) dobrze udokumentowany wywiad zaostrzeń i remisji objawów chorobowych oraz deficytów neurologicznych,
c) stan kliniczny poniżej 3. stopnia wg Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej (EDSS) Kurtzke'go.
- 1.19. **paraliż (całkowity niedowład)**
Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi utrzymywać się przez okres co najmniej 6 miesięcy i po tym okresie nie rokować poprawy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa lub specjalistę neurochirurga. Wykluczone z odpowiedzialności są niedowłady częściowe, stany przemijające, niedowłady spowodowane zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi.
- 1.20. **dystrofia mięśniowa**
Jednoznaczne rozpoznanie jednej z następujących dystrofii mięśniowych:
– dystrofia mięśniowa Duchenne'a (DMD),
– dystrofia mięśniowa Beckera (BMD),
– dystrofia Emery'ego-Dreifussa (EDMD),
– dystrofia mięśniowa kończynowo-obręczowa (LGMD),
– dystrofia twarzowo-łopatkowo-ramieniowa (FSHD),
– dystrofia mięśniowa miotoniczna (DM lub choroba Crushmanna-Steinerta),
– dystrofia mięśniowa oczno-gardzielowa (OPMD).
Choroba musi powodować trwałą i nieodwracalną niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej 3 z 6 *czynności życia codziennego* przez nieprzerwany okres przynajmniej 3 miesięcy.
Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa i poparte wynikami elektromiografii (EMG) oraz biopsji mięśni.
- 1.21. **choroba neuronu ruchowego**
Wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej 3 z 6 *czynności życia codziennego*.
- 1.22. **choroba Parkinsona**
Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej 3 z 6 *czynności życia codziennego*.
- 1.23. **choroba Parkinsona – łagodniejsza postać**
Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona z potwierdzeniem występowania charakterystycznych objawów – spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, niestabilności postawy, z koniecznością stałej farmakoterapii.
- 1.24. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**
Bakteryjne zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych, w następstwie którego dochodzi do nieodwracalnych i trwałych następstw neurologicznych. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą utrzymywać się przez co najmniej 3 miesiące. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w oparciu o stwierdzenie zakażenia bakteryjnego płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego poprzez nakłucie lędźwiowe, z wyłączeniem przypadków przeciwwskazań medycznych do wykonania tego nakłucia.
- 1.25. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – rozpoznanie**
Bakteryjne zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych wymagające leczenia szpitalnego. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w oparciu o stwierdzenie zakażenia bakteryjnego płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego poprzez nakłucie lędźwiowe, z wyłączeniem przypadków przeciwwskazań medycznych do wykonania tego nakłucia.
- 1.26. **zespół apaliczny (odmóżdżeniowy)**
Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa lub specjalistę neurochirurga. Stan ten musi utrzymywać się co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną.
- 1.27. **choroba Alzheimera**
Przewlekła i postępująca degeneracja tkanki mózgowej prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania przez okres minimum 6 miesięcy przynajmniej 3 z 6 *czynności życia codziennego*.
Diagnoza choroby Alzheimera musi być postawiona przez lekarza specjalistę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne jej rozpoznawania. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych, lub spożywania alkoholu, narkotyków lub substancji chemicznych.

1.28. choroba Alzheimera – łagodniejsza postać

Przewlekła i postępująca degeneracja tkanki mózgowej prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania przez okres minimum 6 miesięcy przynajmniej 1 z 6 *czynności życia codziennego*.

Diagnoza choroby Alzheimera musi być postawiona przez lekarza specjalistę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne jej rozpoznawania.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych, lub spożywania alkoholu, narkotyków lub substancji chemicznych.

1.29. ropień mózgu leczony operacyjnie

Leczenie operacyjne ropnia mózgu, potwierdzonego rozpoznaniem histopatologicznym.

Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.

1.30. anemia (niedokrwistość) aplastyczna

Przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, leczone przy użyciu jednej z następujących metod:

- a) przetoczenia produktów krwiopochodnych,
- b) czynników stymulujących szpik kostny,
- c) immunosupresji,
- d) przeszczepu szpiku kostnego.

Leczenie musi być prowadzone przez okres dłuższy niż 3 kolejne miesiące.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa lub specjalistę onkologa oraz biopsją szpiku kostnego.

1.31. zapalenie tarczycy Hashimoto

Jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę endokrynologa przewlekłego limfocytowego zapalenia gruczołu tarczowego (choroba Hashimoto, wole limfocytarne tarczycy). Rozpoznanie musi być oparte o wynik badania histopatologicznego biopsji tarczycy (BAC) lub potwierdzenie podwyższonego stężenia przeciwciał przeciw peroksydazie tarczycowej (anty-TPO-Ab), lub potwierdzenie podwyższonego stężenia niespecyficznych przeciwciał antytyreoglobulinowych.

1.32. schyłkowa niewydolność nerek

Schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki.

1.33. schyłkowa niewydolność wątroby

Przewlekła lub ostra niewydolność wątroby potwierdzona przez lekarza specjalistę, przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:

- a) utrwalonej żółtaczki,
- b) wodobrzusza,
- c) encefalopatii wątrobowej.

Wykluczona z odpowiedzialności jest niewydolność wątroby powstała na skutek spożywania alkoholu, zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.

1.34. choroba Leśniowskiego-Crohna leczona operacyjnie

Leczenie operacyjne jednoznacznie rozpoznane i potwierdzone histopatologicznie przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do ziarninowania, przedziurawienia jelita, przetoki lub niedrożności jelitowej.

Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.

1.35. choroba Leśniowskiego-Crohna – rozpoznanie

Jednoznaczne rozpoznanie i potwierdzenie histopatologiczne przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do ziarninowania wymagającego leczenia szpitalnego.

1.36. wrzodzące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie

Jednoznaczne rozpoznanie po raz pierwszy wrzodzącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie.

Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.

1.37. przeszczep narządów z przyczyn nieonkologicznych

Dokonanie lub zakwalifikowanie odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* do przeszczepu jako biorcy od ludzkiego dawcy jednego z następujących narządów: serce, płuca, wątroba lub jej część, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia funkcji wymienionych narządów i które nie jest związane z chorobą nowotworową lub leczeniem onkologicznym.

Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do przeszczepu powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.

Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

Wykluczony z odpowiedzialności jest przeszczep wątroby, o ile do jej uszkodzenia doszło na skutek spożywania alkoholu, zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.

1.38. schyłkowa niewydolność płuc

Schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:

- a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
- b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniejsze niż 55 mm Hg).

1.39. poważne oparzenia I

Oparzenia III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub łącznie II i III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 50% całkowitej powierzchni ciała.

Rozległość oparzeń oceniana jest w oparciu o tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera).

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje oparzeń słonecznych.

1.40. poważne oparzenia II – łagodniejsza postać

Oparzenia III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 10% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie II stopnia, lub łącznie II i III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała.

Rozległość oparzeń oceniana jest w oparciu o tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera).

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje oparzeń słonecznych.

1.41. poważne oparzenia III – łagodniejsza postać

Oparzenia III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 5% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie II stopnia, lub łącznie II i III stopnia o powierzchni stanowiącej co najmniej 10% całkowitej powierzchni ciała.

Rozległość oparzeń oceniana jest w oparciu o tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera).

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje oparzeń słonecznych.

1.42. postępująca twardzina układowa

Układowa choroba tkanki łącznej powodująca rozlane włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów trzewnych. Rozpoznanie musi być oparte o wynik biopsji i obecność serologicznych wykładników choroby. Ochroną ubezpieczeniową objęte są postaci układowe, przebiegające z zajęciem serca, płuc lub nerek.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) twardzina ograniczona (morphea, twardzina skórna),
- b) eosynofilowe zapalenie powięzi,
- c) zespół CREST.

1.43. toczeń rumieniowaty układowy

Wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnym tkankom. Jednoznaczne rozpoznanie potwierdzające toczeń rumieniowaty układowy musi być postawione przez specjalistę reumatologa lub specjalistę chorób wewnętrznych i spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- trwała niewydolność nerek ze współczynnikiem przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 30 ml/min lub
 - proteinuria lub hematuria (obecność białka lub krwi w moczu), lub
 - toczień rumieniowaty układowy powodujący upośledzenie ośrodkowego układu nerwowego ze stałymi ubytkami neurologicznymi (drgawki, bóle głowy, zmęczenie, zaburzenia psychiczne nie będą traktowane jako stałe ubytki neurologiczne dla celów tej definicji).
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje tocznia układowego polekowego i tocznia rumieniowatego krążkowego.
- 1.44. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby**
Wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby, prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu wszystkich następujących kryteriów:
- a) martwica obejmująca całe zraziki,
 - b) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - c) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - d) narastająca żółtaczka.
- 1.45. **wirusowe zapalenie mózgu**
Zapalenie tkanki mózgowej (półkuli mózgowej, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowane infekcją wirusową, powodujące trwałe następstwa neurologiczne. Jednoznaczne rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami obiektywnych badań diagnostycznych. Należy udokumentować utrzymywanie się neurologicznych objawów ubytkowych przez co najmniej 3 miesiące.
- 1.46. **wirusowe zapalenie mózgu – rozpoznanie**
Zapalenie tkanki mózgowej (półkuli mózgowej, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowane infekcją wirusową, wymagające leczenia szpitalnego. Jednoznaczne rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami obiektywnych badań diagnostycznych.
- 1.47. **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**
Powikłanie przetoczenia krwi wykonanego na terenie krajów Unii Europejskiej oraz Szwajcarii, Norwegii, Islandii u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone wiarygodną dokumentacją medyczną. Przetoczona krew musi pochodzić z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie mieć miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia.
- 1.48. **zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego**
Zakażenie HIV w następstwie wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone wiarygodną dokumentacją medyczną. Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie, iż do zarażenia doszło podczas codziennych obowiązków zawodowych oraz:
- a) odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi,
 - b) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w przeciągu 5 dni od momentu zdarzenia,
 - c) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia zdarzenia.
- 1.49. **sepsa**
Uogólniona reakcja zapalna (SIRS), powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego na OIOM.
- 1.50. **sepsa – rozpoznanie**
Uogólniona reakcja zapalna (SIRS), powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej. Jednoznaczne rozpoznanie musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
- 1.51. **tężec**
Leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania postaci uogólnionej ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez neurotoksynę produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 1.52. **choroba Creutzfeldta-Jakoba**
Jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba, charakteryzującej się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkującej trwałym ubytkiem neurologicznym uniemożliwiającym wykonanie co najmniej 3 z 6 *czynności życia codziennego*.
- 1.53. **gruźlica**
Leczenie przeciwprątkowe z powodu potwierdzonej bakteriologicznie lub histologicznie choroby zakaźnej wywołanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), z zajęciem płuc lub innych narządów.
- 1.54. **borelioza**
Leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznie rozpoznanej krętkowicy (*Borrelia burgdorferi*) przenoszonej przez kleszcze, przebiegającej z różnorodnymi objawami narządowymi oraz potwierdzonej swoistymi badaniami immunologicznymi.
- 1.55. **wąblowica mózgu leczona operacyjnie**
Operacyjne usunięcie torbieli wąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*, co musi zostać jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym.
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
- 1.56. **malaria**
Choroba zakaźna o ostrym lub przewlekłym przebiegu wywoływana przez zarodźca malarii – pierwotniaka z gatunku *Plasmodium*, objawiająca się gorączką z dreszczami oraz innymi objawami – bólami głowy, mięśni, nudnościami, wymiotami, biegunką, dusznością, zaburzeniami neurologicznymi. Jednoznaczne rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych przez specjalistę chorób zakaźnych musi być potwierdzone wynikiem 1 z poniższych badań wskazujących na:
- obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi,
- obecność kwasów nukleinowych *Plasmodium* spp. we krwi,
- obecność antygenu *Plasmodium* spp.
- 1.57. **cholera**
Jednoznacznie rozpoznana przez specjalistę chorób zakaźnych ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu objawów klinicznych – wymiotów i biegunki oraz izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie.
- 1.58. **żółta gorączka**
Jednoznacznie rozpoznana przez specjalistę chorób zakaźnych ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej 1 z następujących metod laboratoryjnych:
- izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
- wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
- wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
- wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.
- 1.59. **schistosomatoza (bilharzioza)**
Choroba pasożytnicza wywoływana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*. Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego w oparciu o objawy: gorączkę, kaszel, ból brzucha, biegunkę, powiększenie wątroby i śledziony, musi być potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego.
- 1.60. **gorączka denga**
Jednoznacznie rozpoznana przez specjalistę chorób zakaźnych ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, u którego stwierdzono występowanie co najmniej 2 z następujących objawów klinicznych:
- ból głowy,
- ból pozagałkowy,
- bóle mięśni,
- bóle stawów,
- wysypka,
- objawy krwotoczne,
- leukopenia.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej 1 z następujących metod laboratoryjnych:

- izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- wykrycie kwasów nukleinowych metodą PCR,
- wykrycie antygenów wirusa,
- co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.

1.61. utrata wzroku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby lub *nieszczęśliwego wypadku*, potwierdzona przez lekarza okulistę i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych, niemożliwa do skorygowania zabiegami medycznymi lub innymi środkami.

1.62. utrata wzroku w jednym oku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku na skutek choroby lub *nieszczęśliwego wypadku*, potwierdzona przez lekarza okulistę i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych, niemożliwa do skorygowania zabiegami medycznymi lub innymi środkami.

1.63. śpiączka

Stan braku świadomości i reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby wewnętrzne. Stan śpiączki musi utrzymywać się nie krócej niż 96 godzin, a rozpoznanie być potwierdzone wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:

- a) brak reakcji na bodźce zewnętrzne przez co najmniej 96 godzin,
- b) konieczność stosowania aparatury medycznej i zabiegów podtrzymujących funkcje życiowe organizmu,
- c) uszkodzenie mózgu z następowymi neurologicznymi objawami ubytkowymi stwierdzanymi w badaniu neurologicznym po okresie nie krótszym niż 30 dni od momentu wystąpienia śpiączki lub stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania neurologicznych objawów ubytkowych stwierdzanych w badaniu neurologicznym.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową śpiączki spowodowane spożywaniem alkoholu, narkotyków lub substancji chemicznych oraz stany śpiączki wywołane lub przedłużane sztucznie w celach terapeutycznych.

1.64. utrata mowy

Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie urazu lub choroby strun głosowych. Niemożność mowy musi utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w oparciu o obiektywne metody diagnostyczne. Nie może być możliwości skorygowania schorzenia zabiegami medycznymi lub innymi środkami.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie przyczyny utraty mowy o podłożu psychologicznym lub psychicznym.

1.65. utrata słuchu

Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia lub innymi środkami utrata słuchu obu uszu w następstwie choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w oparciu o obiektywne badania diagnostyczne oraz ocenę prognozy słyszalności.

Pod pojęciem „całkowita” rozumie się utratę co najmniej 80 decybeli we wszystkich częstotliwościach słyszenia,

2. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Zdarzenie nie może być związane z istniejącą odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* chorobą,

3. czynności życia codziennego:

- a) korzystanie z toalety,
- b) mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
- c) spożywanie przygotowanych posiłków,
- d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
- e) przemieszczanie się, czyli umiętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
- f) ubieranie i rozbieranie się,

3. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,

4. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej *umowy dodatkowej* – zdiagnozowanie *poważnej choroby*.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres terytorialny

1. Przedmiotem tego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje *zdarzenie ubezpieczeniowe*, którym jest zdiagnozowanie odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* *poważnej choroby* i jest określony w jednym z dwóch wariantów: Standard lub Premium, zgodnie z Tabelą poważnych chorób. Tabela poważnych chorób stanowi załącznik nr 1 do *umowy dodatkowej*.
2. Zakres udzielanej ochrony, wysokość *sumy ubezpieczenia* i składki za *umowę dodatkową* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* są wskazane w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.
3. *MetLife* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* w wysokości procentu *sumy ubezpieczenia* zgodnie z Tabelą poważnych chorób, jeżeli łącznie spełnione będą warunki:
 - a) diagnoza *poważnej choroby* nastąpiła po upływie 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej*,
 - b) w razie prowadzenia procedur diagnostycznych lub leczenia, których efektem jest zdiagnozowanie *poważnej choroby*, czynności te rozpoczęły się po upływie 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej*,
 - c) odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania *poważnej choroby*.
4. Jeżeli *poważna choroba* została zdiagnozowana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub której leczenie rozpoczęto się po *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* i przed upływem 90 dni od tej daty, świadczenie będzie wynosić 110% składek zapłaconych z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* do dnia zdiagnozowania *poważnej choroby*.
5. Łączna suma wypłaconych świadczeń z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* odpowiednio u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* bez względu na liczbę rozpoznanych *poważnych chorób* objętych zakresem ochrony *umowy dodatkowej* oraz bez względu na to, czy *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* przebył je równocześnie, czy też kolejno, nie może przekroczyć 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby*.
6. Wysokość świadczeń z tytułu *zdarzenia ubezpieczeniowego* jest obliczana w oparciu o *sumę ubezpieczenia* obowiązującą na dzień *zdarzenia ubezpieczeniowego*.
7. *MetLife* wypłaci świadczenie z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale V. Wyłączenia odpowiedzialności *MetLife*.
8. Jeżeli świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* będzie wypłacane *Ubezpieczającemu*, *MetLife* pomniejszy wypłatą kwotę o wymagalne wierzytelności, które wynikają z *OWU*.

Rozdział III. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

Artykuł 5. Zawarcie umowy dodatkowej i początek odpowiedzialności MetLife

1. Odpowiedzialność *MetLife* rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, pod warunkiem zawarcia *umowy dodatkowej* oraz opłacenia *składki*.
2. *Umowa dodatkowa* jest zawierana do *daty wygaśnięcia umowy dodatkowej*.



WYJAŚNIENIE: Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki na rachunek bankowy *MetLife* i doręczenia polisy *Ubezpieczającemu*.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

Artykuł 6. Zgłoszenie roszczenia i wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego



WYJAŚNIENIE: Zdarzenie ubezpieczeniowe można zgłosić do MetLife w wybrany sposób:

- **przez portal e-rozszczenie:** www.eroszczeniemetlife.pl,
- **na adres e-mail:** roszczenia@metlife.pl,
- **telefonicznie:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **pisemnie na adres:** MetLife, Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście:** w siedzibie MetLife lub w jednym z biur sprzedaży MetLife (adresy biur znajdują się na stronie www.metlife.pl).

1. Informacje o wymaganych dokumentach i możliwościach ich poświadczania znajdują się na www.metlife.pl.
2. W terminie 7 dni od daty otrzymania informacji o zdarzeniu ubezpieczeniowym MetLife poinformuje osobę zgłaszającą roszczenie o wymaganych dokumentach określonych w punkcie 3 poniżej.
3. Do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przekazanie MetLife dokumentów:
 - wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu MetLife lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu MetLife,
 - kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - kopii dokumentu tożsamości Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, a w przypadku, gdy są oni niepełnoletni – kopii dokumentu tożsamości opiekuna prawnego.Jeśli poważna choroba Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, osoba uprawniona do świadczenia dodatkowo składa:
 - kopię dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po zdarzeniu, opisy oraz wyniki badań obrazowych (RTG, USG, MR, CT itp.), oraz informującej o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury, kopię wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy,
 - kopię innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku.
4. Na podstawie otrzymanych dokumentów MetLife potwierdzi uprawnienia osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
5. Jeśli potrzebne będą dodatkowe dokumenty, MetLife poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie.
6. MetLife ma prawo też żądać oryginalnych dokumentów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem. Za zgodność z oryginałem dokumenty mogą poświadczyć: notariusz lub osoby upoważnione w siedzibie MetLife lub biurach sprzedaży MetLife, lub organ wydający dokument.
7. Dokumentacja dotycząca zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Polski, musi być przetłumaczona na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby, która zgłasza roszczenie.
8. MetLife zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, jeśli jest ona niekompletna lub informacje w niej zawarte wymagają potwierdzenia.
9. MetLife może wystąpić z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, placówek medycznych i innych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, o czym poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.
10. MetLife zobowiązuje się wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
11. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności MetLife albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia MetLife powinno wypłacić w 30-dniowym terminie wskazanym w punkcie 10 powyżej.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, MetLife może odmówić wypłaty świadczenia.
13. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, MetLife powiadomi o tym pisemnie osoby uprawnione do świadczenia, uzasadniając odmowę w terminach określonych w punktach 10 i 11 powyżej.

Artykuł 7. Badania lekarskie

1. MetLife może przeprowadzić badania odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego przez lekarza powołanego przez MetLife, gdy otrzymana dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia z umowy dodatkowej. Badania te są wykonywane w placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, która współpracuje z MetLife.
2. Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest zobowiązany na koszt MetLife poddawać się w trakcie rozpatrywania roszczenia badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony odmówi poddania się badaniom, MetLife może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu tej umowy dodatkowej.
3. Świadczenia należne z tytułu umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife



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

Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności MetLife

MetLife nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli poważna choroba jest spowodowana:

- a) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania), przy czym to wykluczenie nie ma zastosowania do zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi oraz zakażenia HIV w wyniku narażenia zawodowego,
- b) wypadkiem wynikłym z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- c) samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- d) zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- e) działaniami wojennymi, czynnym udziałem w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- f) obrażeniami odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- g) podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Rozdział VI. Kontynuacja i wygaśnięcie umowy dodatkowej

Artykuł 9. Kontynuacja umowy dodatkowej

MetLife może zaproponować kontynuację umowy dodatkowej pod warunkiem kontynuacji umowy podstawowej i na zasadach określonych w umowie podstawowej.

Artykuł 10. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

1. *Ubezpieczający* ma prawo odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczający* jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *MetLife* lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka za *umowę dodatkową*.



WAŻNE: W celu rezygnacji z *umowy dodatkowej* prosimy o powiadomienie o tym *MetLife* i opłaceniu składki za *Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową*.

3. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - a) *składka* z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu prolongaty przewidzianego w *umowie podstawowej*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia *składki* lub
 - b) *umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana, lub
 - c) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w dniu powstania obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* w łącznej wysokości 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej*, lub
 - d) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – gdy w ciągu 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* powstał obowiązek wypłaty przez *MetLife* świadczenia z tytułu zdiagnozowania *groźnej choroby* – z dniem powstania obowiązku wypłaty świadczenia, lub
 - e) w stosunku do *Współubezpieczonego* – w dniu śmierci *Ubezpieczonego*, wygaśnięcia lub rozwiązania *umowy podstawowej*, lub
 - f) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 70. urodzinach *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 11. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z wyjątkiem postanowień dotyczących samobójstwa.

Warszawa, 15 kwietnia 2019

Mirosław Kiszyk
Prezes Zarządu MetLife

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu MetLife

Załącznik nr 1 do umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby (F 35/65)

Tabela poważnych chorób

Lp.	Nazwa jednostki chorobowej	% sumy ubezpieczenia	Wariant	
			Standard	Premium
Choroby układu krążenia				
1	Zawał mięśnia sercowego	100%	•	•
2	Zawał mięśnia sercowego – łagodniejsza postać	25%		•
3	Udar – z poważnymi ubytkami	100%	•	•
4	Udar – bez ubytków	10%		•
5	Operacja pomostowania naczyń wieńcowych	100%	•	•
6	Operacja zastawek serca	100%	•	•
7	Operacja aorty	100%	•	•
8	Wewnątrznacyniowe leczenie aorty	25%		•
9	Pierwotne nadciśnienie płucne	100%	•	•
10	Angioplastyka wieńcowa przezskórna	10%		•
11	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	100%	•	•
12	Kardiomiopatia	100%	•	•
13	Kardiomiopatia – łagodniejsza postać	50%		•
14	Operacja tętniaka mózgu	100%		•
15	Zabieg embolizacji tętniaka tętnic mózgowych	25%		•
16	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	50%		•
Choroby układu nerwowego				
17	Stwardnienie rozsiane	100%	•	•
18	Stwardnienie rozsiane – łagodniejsza postać	25%		•
19	Paraliż (całkowity niedowład)	100%	•	•
20	Dystrofia mięśniowa	100%	•	•
21	Choroba neuronu ruchowego	100%	•	•
22	Choroba Parkinsona	100%	•	•
23	Choroba Parkinsona – łagodniejsza postać	25%		•
24	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	100%	•	•
25	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – rozpoznanie	10%		•
26	Zespół apaliczny (odmóżdżeniowy)	100%	•	•
27	Choroba Alzheimera	100%	•	•
28	Choroba Alzheimera – łagodniejsza postać	25%		•
29	Ropień mózgu leczony operacyjnie	100%		•
Choroby narządów wewnętrznych				
30	Anemia (niedokrwistość) aplastyczna	100%	•	•
31	Zapalenie tarczycy Hashimoto	10%		•
32	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	•	•
33	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%	•	•
34	Choroba Leśniowskiego-Crohna leczona operacyjnie	100%	•	•
35	Choroba Leśniowskiego-Crohna – rozpoznanie	10%		•
36	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie	100%	•	•
37	Przeszczep narządów z przyczyn nieonkologicznych	100%	•	•
38	Schyłkowa niewydolność płuc	100%	•	•
Choroby układu kostno-mięśniowego i skóry				
39	Poważne oparzenia I	100%	•	•
40	Poważne oparzenia II – łagodniejsza postać	50%		•
41	Poważne oparzenia III – łagodniejsza postać	10%		•
42	Postępująca twardzina układowa	100%	•	•
43	Toczeń rumieniowaty układowy	100%	•	•

Choroby zakaźne i pasożytnicze				
44	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	100%	•	•
45	Wirusowe zapalenie mózgu	100%	•	•
46	Wirusowe zapalenie mózgu – rozpoznanie	10%		•
47	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	100%		•
48	Zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego	100%		•
49	Sepsa	100%	•	•
50	Sepsa – rozpoznanie	10%		•
51	Tężec	100%	•	•
52	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	100%	•	•
53	Gruźlica	50%		•
54	Borelioza	10%		•
55	Bąblowica mózgu leczona operacyjnie	100%		•
56	Malaria	50%		•
57	Cholera	25%		•
58	Żółta gorączka	25%		•
59	Schistosomatoza	25%		•
60	Gorączka denga	25%		•
Inne poważne choroby				
61	Utrata wzroku	100%	•	•
62	Utrata wzroku w jednym oku	25%		•
63	Śpiączka	100%	•	•
64	Utrata mowy	100%	•	•
65	Utrata słuchu	100%	•	•

Warszawa, 15 kwietnia 2019


 Mirosław Kiszyk
 Prezes Zarządu MetLife


 Agata Lem-Kulig
 Członek Zarządu MetLife