

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji

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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Umowa dodatkowa

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (dalej *OWU*) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia i są dokumentem wiążącym strony. Znajdujące się w ramach w treści *OWU* komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści *OWU*. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną. Słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu lub w *OWU umowy podstawowej*.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:



WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kluczowe kwestie dotyczące Umowy.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre postanowienia Umowy oraz trudne sformułowania użyte w treści *OWU*.



PRZYKŁADY

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

Rozdział I. Postanowienia ogólne

Artykuł 1. Wstęp

1. Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. *Umowa dodatkowa* wraz z załączoną Tabelą operacji jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, jeżeli tak stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony*, który w *dacie wejścia w życie umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia. Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* odpowiednio dla *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określonych użytych w niniejszych *OWU*:

1. **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju,
2. **dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* podlegał hospitalizacji,



WYJAŚNIENIE: Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji w szpitalu, niezależnie od tego, o której godzinie rejestracja nastąpiła, a ostatnim dniem hospitalizacji – dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a wyszedł z niego w czwartek o 10 w tym samym tygodniu, to jego hospitalizacja trwała 4 dni.

3. **hospitalizacja** – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych *OWU* pobyt w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, *rehabilitacji*, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
4. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,



WYJAŚNIENIE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu *umowy dodatkowej*.

5. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru, w tym również Oddział Intensywnej Terapii (OIT),
6. **operacja** – procedura medyczna wskazana w Tabeli operacji, stanowiącej załącznik do niniejszych *OWU*,
7. **rocznica umowy dodatkowej** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*, który odpowiada dacie wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
8. **rok obowiązywania umowy dodatkowej** – okres pomiędzy kolejnymi *rocznicami umowy dodatkowej*, wliczając rocznicę rozpoczynającą dany okres. Pierwszy rok obowiązywania umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
9. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
10. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych *chorobach* lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
11. **reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
12. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całonocnych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady leczenia uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe i sanatoria,



WYJAŚNIENIE: Szpitalem nie są całonocne placówki odwykowe, opiekuńcze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne świadczące usługi na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także oddziały rehabilitacyjne, szpitale uzdrowiskowe, sanatoria.

13. **Współubezpieczony** – wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* osoba fizyczna, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach *umowy dodatkowej*,
14. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres


Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.



WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

Artykuł 4. Zakres ochrony

1. Zakres ochrony umowy dodatkowej obejmuje w zależności od wariantu następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - hospitalizację Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wyniku NW lub choroby,
 - hospitalizację Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na OIOM w wyniku NW lub choroby,
 - operację Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wyniku NW lub choroby.
 2. Zakres świadczeń w ramach umowy dodatkowej odpowiednio dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego obejmuje:
 - a) w Wariantcie Standard:
 - dzienne świadczenie szpitalne,
 - dzienne świadczenie za pobyt na OIOM,
 - świadczenie lekowe;
 - b) w Wariantcie Premium:
 - dzienne świadczenie szpitalne,
 - dzienne świadczenie za pobyt na OIOM,
 - świadczenie lekowe,
 - świadczenie rehabilitacyjne,
 - świadczenie operacyjne.
 3. Zakres udzielanej ochrony, zakres świadczeń, wysokość sum ubezpieczenia i składki za umowę dodatkową odpowiednio dla Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego są wskazane w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 4. **Dzienne świadczenie szpitalne w wyniku NW lub choroby**
 - a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony podlegał hospitalizacji w następnstwie:
 - NW powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się przed zakończeniem obowiązywania umowy dodatkowej oraz:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie umowy dodatkowej albo
 - wcześniej niż 24 miesiące przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej, albo
 - w okresie 24 miesięcy przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej, o ile o chorobie Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej.
 - b) Dienne świadczenie szpitalne jest płatne za każdy dzień hospitalizacji, od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i rozpoczęła się przed wygaśnięciem umowy dodatkowej.
 - c) Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego w wyniku NW lub choroby jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.
 - d) W okresie pierwszych 30 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej wysokość dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji wskutek NW stanowi dwukrotność dziennego świadczenia szpitalnego, wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - e) Okres hospitalizacji, za który naliczane jest świadczenie dla każdego roku obowiązywania umowy dodatkowej, nie może przekroczyć 100 dni.
 5. **Dzienne świadczenie na wypadek hospitalizacji na OIOM w wyniku NW lub choroby**
 - a) Towarzystwo wypłaci dodatkowo Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dzienne świadczenie za pobyt na OIOM, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony podlegał hospitalizacji na OIOM w następnstwie:
 - NW powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się przed zakończeniem obowiązywania umowy dodatkowej oraz:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie umowy dodatkowej albo
 - wcześniej niż 24 miesiące przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej, albo
 - w okresie 24 miesięcy przed datą wejścia w życie umowy dodatkowej, o ile o chorobie Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej.
 - b) Dienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM jest płatne za każdy dzień hospitalizacji na OIOM, od dnia przyjęcia do szpitala, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i rozpoczęła się przed wygaśnięciem umowy dodatkowej.
 - c) Wysokość dziennego świadczenia za pobyt na OIOM w wyniku NW lub choroby jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.
 - d) W okresie pierwszych 30 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej wysokość dziennego świadczenia na wypadek hospitalizacji na OIOM wskutek NW stanowi dwukrotność dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM, wskazanego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - e) Okres hospitalizacji na OIOM, za który naliczane jest świadczenie dla każdego roku obowiązywania umowy dodatkowej, nie może przekroczyć 30 dni.
-  **PRZYKŁAD:** W przypadku pobytu na OIOM Ubezpieczony lub Współubezpieczony otrzyma zarówno świadczenie za pobyt na OIOM, jak też dzienne świadczenie szpitalne. Jeżeli klient wybrał Wariant Premium z dziennym świadczeniem szpitalnym w wysokości 400 zł, a pobyt w szpitalu trwa 10 dni, z czego 5 dni klient przebywa na OIOM, to klient otrzyma:
 - 400 zł x 10 dni za dzienne świadczenie szpitalne oraz
 - 400 zł x 5 dni za pobyt na OIOM, oraz
 - dodatkowo, ponieważ pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie 10 dni, 2 000 zł w ramach świadczenia rehabilitacyjnego.W sumie klient otrzyma za pobyt w szpitalu 8 000 zł.
6. **Świadczenie lekowe**
 - a) W przypadku wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego na wypadek hospitalizacji w wyniku NW lub choroby Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dodatkowo świadczenie lekowe.
 - b) Wysokość świadczenia lekowego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.
 - c) Za jedno zdarzenie ubezpieczeniowe – hospitalizację z tytułu NW lub choroby – zostanie wypłacone jedno świadczenie lekowe.
 7. **Świadczenie rehabilitacyjne**
 - a) W przypadku hospitalizacji trwającej nieprzerwanie minimum 10 dni oraz wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego na wypadek hospitalizacji w wyniku NW lub choroby Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu dodatkowo świadczenie rehabilitacyjne.
 - b) Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.
 - c) Za jedno zdarzenie ubezpieczeniowe – hospitalizację z tytułu NW lub choroby – zostanie wypłacone jedno świadczenie rehabilitacyjne.
 - d) Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za maksymalnie dwie hospitalizacje w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej.
 - e) Świadczenie rehabilitacyjne dostępne jest jedynie w Wariantcie Premium.
 8. **Operacja w wyniku NW lub choroby**
 - a) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu świadczenie operacyjne, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony został poddany operacji w następnstwie:
 - NW powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się przed zakończeniem obowiązywania umowy dodatkowej oraz:

- po 30 dniach od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* albo
 - wcześniej niż 24 miesiące przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej*, albo
 - w okresie 24 miesięcy przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej*, o ile o chorobie Towarzystwo zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej.
- b) Świadczenie operacyjne zostanie wypłacone, jeżeli operacja została wykonana w trakcie hospitalizacji Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wyniku NW lub choroby, a hospitalizacja trwała nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni i rozpoczęła się przed wygaśnięciem umowy dodatkowej.
- c) Operacje objęte umową dodatkową są określone w Tabeli operacji załączonej do niniejszych OWU.
- d) Wysokość świadczenia operacyjnego jest wskazana w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego świadczenia.
- e) W przypadku jednoczesnego wykonania kilku operacji u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego przysługuje wypłata jednego świadczenia operacyjnego na każdą z osób.
- f) Świadczenie operacyjne przysługuje za maksymalnie dwie operacje w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej.
- g) Świadczenie operacyjne dostępne jest jedynie w Wariancie Premium.



WAŻNE: Ubezpieczony lub Współubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu przebytej operacji, o ile znajduje się ona w Tabeli operacji stanowiącej załącznik do tych OWU.

9. Wypłata świadczeń nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Jeżeli świadczenie z tytułu umowy dodatkowej będzie wypłacane osobie będącej Ubezpieczającym, Towarzystwo pomniejszy wypłacaną kwotę o wymagalne wierzytelności wynikające z OWU.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 5. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem zawarcia umowy dodatkowej oraz optacenia składki.



WYJAŚNIENIE: Ochrona rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem wpływu składki na rachunek bankowy Towarzystwa i odebrania polisy przez Ubezpieczającego.

Rozdział IV. Wypłata świadczenia

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

1. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów określonych poniżej:
- wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia indywidualnego – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopii karty informacyjnej pobytu w szpitalu zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, w tym leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
 - kopii dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub kopii wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie,
 - kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadków w pracy,
 - kopii innych dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku,
 - kopii dokumentu tożsamości odpowiednio Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Jeśli do podjęcia decyzji potrzebne będą dodatkowe dokumenty, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę zgłaszającą roszczenie. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii dokumentów. Poświadczenia dokumentów za zgodność z oryginałem mogą dokonać: notariusz, osoby upoważnione w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub organ wydający dokument.



WYJAŚNIENIE: Więcej informacji o wymaganych dokumentach, formach poświadczania oraz obsłudze roszczeń znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa.

W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić bezpośrednio do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- **on-line przez portal e-rozszczenie:** dostępny na stronie www.eroszczeniemetlife.pl,
- **elektronicznie na adres e-mail:** roszczenia@metlife.pl,
- **telefonicznie pod numerem:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **pisemnie na adres siedziby Towarzystwa:** MetLife TUŹiR S.A., Dział Roszczeń, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
- **osobiście:** w siedzibie Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie.

2. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest doręczenie Towarzystwu dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.

3. Towarzystwo – po otrzymaniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym – w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia prześle osobie zgłaszającej roszczenie odpowiednie, wyżej wymienione formularze, o ile są wymagane. Przesłanie do Towarzystwa wypełnionych formularzy i dokumentów pozwoli na uzyskanie informacji niezbędnych do ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej oraz odpowiedzialności Towarzystwa.



WAŻNE: Prosimy o możliwie szybkie powiadomienie Towarzystwa o zaistniałym zdarzeniu.

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



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

5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa 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 Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 6 niniejszego artykułu.

Artykuł 7. Badanie lekarskie

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *umowy dodatkowej*. Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Jeżeli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* odmówi poddania się badaniom niezbędnym do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.



WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 8. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków *hospitalizacji*, *hospitalizacji* na *OIOM* lub *operacji Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* wynikających lub związanych z:

- wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed *datą wejścia* w życie *umowy dodatkowej*,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 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),
- zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *umową dodatkową*,
- rehabilitacją*, jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- alkoholizmem lub zespołem zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywaniem lub uzależnieniem od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
- promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas wojny,
- działaniami wojennymi, czynnym udziałem w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- obrażeniami odniesionymi na skutek uświadomienia popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnym udziałem w innym czynnie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju; przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- leczeniem lub operacją migdałków w okresie pierwszych 180 dni od *daty wejścia* w życie *umowy dodatkowej*,
- wykonywaniem jednej z wymienionych czynności: sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- uczestnictwem w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- 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

- Umowa dodatkowa* jest zawierana na okres 5 lat i zostaje automatycznie przedłużana na kolejne 5-letnie okresy.
- Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za *umowę dodatkową*, wysokość *sumy ubezpieczenia* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* ulegną zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed *datą zakończenia* 5-letniego okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*.
- Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu prolongaty określonego w warunkach *umowy podstawowej*, następującego po 5-letnim okresie, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
- W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* umowa ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem 5-letniego okresu.

Artykuł 10. Wygaśnięcie umowy dodatkowej

- Ubezpieczający* może odstąpić od *umowy dodatkowej* w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, a w przypadku, gdy *Ubezpieczającym* jest przedsiębiorca, w terminie 7 dni od daty jej zawarcia, na zasadach określonych w *umowie podstawowej*.
- Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręczonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z *podpisem wzorcowym Ubezpieczającego*, lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę. 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 pisemne powiadomienie o tym fakcie *Towarzystwa* i opłacenie składki za *Umowę pomniejszoną* o składkę za tę *umowę dodatkową*.

- Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z następujących przypadków:
 - którkolwiek 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*, z zastrzeżeniem postanowień artykułu 9 punktu 5 lub
 - umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia lub zakończył się okres opłacania *składek*, lub
 - umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana, lub
 - w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w dniu wypłaty świadczenia za maksymalnie 300 dni *hospitalizacji*, w tym *hospitalizacji* na *OIOM*, w 5-letnim okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, 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.
4. W przypadkach określonych w punkcie 3 c), e) powyżej *Towarzystwo* zwróci część składki z tytułu *umowy dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 11. Indeksacja

- Towarzystwo* może zaproponować w rocznicę *Umowy* podwyższenie składki z tytułu *umowy dodatkowej* o wskaźnik indeksacji określony w warunkach *umowy podstawowej*, co będzie skutkowało jednoczesnym podwyższeniem sumy ubezpieczenia *umowy dodatkowej* o ten sam wskaźnik indeksacji.
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia *umowy dodatkowej* następuje w rocznicę *Umowy*, pod warunkiem opłacenia podwyższonej składki proponowanej przez *Towarzystwo*.
- Umowa dodatkowa* może być indeksowana tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.
- Pozostałe postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące indeksacji mają zastosowanie do *umowy dodatkowej*.

Artykuł 12. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- wykupu *Umowy*/wypłaty świadczenia (częściowego lub całkowitego) wykupu,
- przekształcenia *Umowy* w ubezpieczenie bezskładkowe,
- premię nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- samobójstwa,
- zaprzestania opłacania składek.

Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

- Ubezpieczający*, *Ubezpieczony*, *Współubezpieczony*, *Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć reklamację:
 - pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - osobiście w biurze głównym *Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
- Każda reklamacja złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone, oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.



WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia reklamacji.

- O ile składający reklamację nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
- „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife *Towarzystwo* Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
- Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Współubezpieczonym*, *Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
- Towarzystwo* wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego. Poniżej podane zostały adresy stron internetowych obu podmiotów: Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl> oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny.

Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

- Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a odpowiednio *Ubezpieczającym*, *Ubezpieczonym*, *Współubezpieczonym*, *Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy*, spadkobiercą *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby odpowiednio *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego*, *Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy*, spadkobiercy *Ubezpieczonego*, *Współubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy*.
- Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.



WYJAŚNIENIE: *Towarzystwo* publikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.

- W relacjach z *Towarzystwem* zastosowanie ma język polski.

Warszawa, 4 grudnia 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu *Towarzystwa*

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu *Towarzystwa*

Załącznik do umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji

Tabela operacji

Rodzaje operacji

Chirurgia ogólna

Usunięcie tarczycy
Doszczętne odjęcie jednego lub obu sutków wraz z zawartością dołu pachowego
Proste odjęcie jednego lub obu sutków (piersi)
Częściowe wycięcie sutka
Wycięcie guzka lub torbieli sutka
Rekonstrukcja sutka
Wycięcie przytarczyc
Wycięcie nadnercza

Jama brzuszna

Laparotomia zwiadowcza z wyłączeniem cesarskiego cięcia
Wycięcie wyrostka robaczkowego
Drenaż ropnia wewnątrzbrzuszego
Operacja przepukliny: pachwinowej, pępkowej, udowej, kresy białej pooperacyjnej
Wycięcie częściowe lub całkowite żołądka, vagotomia, plastyka odźwiernika
Zeszycie przedziurawionego wrzodu trawiennego
Gastrotomia
Operacja przepony
Resekcja części jelita cienkiego lub grubego
Wycięcie guza jamy brzusznej
Wycięcie brzuszno-kroczowe odbytnicy
Przebrzuszna operacja wypadania odbytnicy
Szczelina odbytu, przetoka odbytu, ropień okołoodbytniczy
Wycięcie żyłaków odbytu
Leczenie ropnia wątroby z otwarciem jamy brzusznej
Wycięcie torbieli pasożytniczej wątroby
Częściowe wycięcie wątroby
Wycięcie pęcherzyka żółciowego
Operacja trzustki
Wycięcie śledziony
Operacja śledziony z zachowaniem narządu
Usunięcie polipa jelita
Operacyjne leczenie przetoki jelita cienkiego, grubego
Wyłonienie jelita
Zespolenie jelitowe
Całkowite wycięcie jelita grubego
Zespolenie żółciowo-jelitowe, plastyka zwieracza brodawki dwunastnicy (Vatera)

Węzły chłonne

Wycięcie węzłów pachowych, pachwinowych, podobojczykowych, szyjnych

Chirurgia klatki piersiowej

Wycięcie płuca lub płata płuca
Częściowe wycięcie płata płuca
Wycięcie torbieli pasożytniczej płuca
Całkowite lub częściowe wycięcie przełyku
Protezowanie przełyku
Operacja serca, aorty piersiowej
Przeznaczyniowe zabiegi na zastawkach serca
Drenaż klatki piersiowej
Usunięcie guza śródpiersia
Pleurodeza
Wycięcie opłucnej
Leczenie odmy opłucnowej z otwarciem klatki piersiowej
Zwiadowcze otwarcie klatki piersiowej
Założenie stentu do oskrzela lub tchawicy

Ortopedia

Leczenie operacyjne złamania kości długiej
Leczenie operacyjne złamania innych kości
Otwarcie stawu, w tym usunięcie ciała wolnego
Artroskopia terapeutyczna stawu
Wycięcie narośli kostnej
Operacja w zespole cieśni nadgarstka
Artroskopowe wycięcie łąkotki
Amputacja palca ręki (za każdy palec)
Amputacja śródrečna, śródstopia
Amputacja na poziomie nadgarstka, stępu i powyżej

Operacje palucha koślawego, deformacji palców, płaskostopia
Operacja zeszyca uszkodzonych ścięgien
Artroskopowa operacja barku lub kolana
Leczenie zerwania ścięgna Achillesa
Leczenie operacyjne uszkodzenia mięśnia
Operacyjne usztywnienie stawu średniej wielkości, np. skokowego
Leczenie złamania śródstawowego – nadkłykciowego kości ramiennej, barku, kolana
Protezooplastyka stawu biodrowego, kolana, barku
Leczenie operacyjne złamań kręgosłupa, stabilizacja, usztywnienie kręgosłupa

Urologia

Usunięcie nerki
Usunięcie guzów lub kamieni nerki, moczowodu, pęcherza, cewki moczowej:
a) chirurgicznie
b) endoskopowo
Wycięcie prostaty (gruczołu krokowego) przezbrzuszne
Przezcewkowe wycięcie prostaty
Wycięcie jądra, najądrza
Operacja cewki moczowej
Nadłonowa przetoka pęcherza moczowego
Całkowite wycięcie pęcherza
Operacja plastyczna cewki moczowej, nerki
Litotrypsja (kruszenie kamieni moczowych) z wykluczeniem zewnątrzustrojowego kruszenia kamieni ultradźwiękami
Operacja wodniaka jądra, żyłaków powrózka
Podwiązanie nasieniowodów
Usunięcie uchyłków pęcherza moczowego
Plastyka ciał jamistych
Częściowe wycięcie moczowodu z zespoleniem
Plastyka moczowodu
Całkowite wycięcie prącia wraz z układem chłonnym
Całkowite wycięcie prostaty (gruczołu krokowego) z powodu raka wraz z układem chłonnym
Protezowanie prącia

Laryngologia

Operacja plastyczna warg
Operacja guza jamy ustnej
Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej
Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej z powodu guza
Wycięcie innej ślinianki
Wycięcie torbieli bocznej szyi, przetoki
Wycięcie torbieli pośrodkowej (środkowej) szyi, przetoki
Operacja ucha wewnętrznego, środkowego
Usunięcie migdałków podniebiennych
Usunięcie migdałka gardłowego
Wycięcie krtani
Operacja struny głosowej
Wycięcie języzka podniebienia
Tracheostomia, tracheotomia – przetoka tchawicy
Usunięcie narośli i kostniaków z otworu słuchowego zewnętrznego
Usunięcie zuchwy (całkowite lub częściowe)
Operacje resekcyjne gardła, krtani
Operacja strzemiączka
Rekonstrukcja błony bębenkowej
Operacja ślimaka
Operacja zatok przynosowych

W przypadku wycięcia torbieli bocznej szyi, przetoki oraz wycięcia torbieli pośrodkowej (środkowej) szyi, przetoki nie obowiązuje wykluczenie wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem (Artykuł 8 pkt b).

Ginekologia

Całkowite usunięcie macicy
Częściowe usunięcie macicy
Usunięcie jajowodu
Plastyka lub protezowanie jajowodu
Usunięcie jajnika
Wycięcie mięśniaka macicy
Usunięcie torbieli Bartolina, kauteryzacja szyjki macicy
Klinowe (stożkowe) wycięcie szyjki macicy
Całkowite wycięcie pochwy

Wycięcie zmiany sromu
Zabiegi operacyjne nietrzymania moczu u kobiet
Plastyka jajowodu
Częściowe wycięcie jajnika
Zabiegi laparoskopowe
Zabiegi histeroskopowe

Neurochirurgia

Operacja mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych
Operacja złamania mózgowo-czaszki
Operacja plastyczna czaszki
Trepanopunkcja zwiadowcza/paliatywna
Operacja tętniaka mózgu
Operacja guza mózgu
Usunięcie oponiaka
Otwarcie czaszki
Operacja wady naczyniowej mózgu
Operacja nerwu słuchowego
Operacja krążka lub krążków międzykręgowych
Operacja guza rdzenia kręgowego
Inne operacje rdzenia kręgowego
Zeszyście nerwu obwodowego
Wycięcie nerwiaka nerwu obwodowego
Sympatektomia
Usunięcie przysadki mózgowej
Usunięcie szyszynki
Wentrykulostomia

Okulistyka

Usunięcie soczewki
Operacja zaćmy
Operacja jaskry
Usunięcie gałki ocznej
Operacje powiek – wywinięcie, wwinięcie
Operacja odwarstwienia siatkówki
Wycięcie gruczołu łzowego
Irydektomia, przypodstawne wycięcie tęczówki, udrożnienie kąta przesączania
Operacyjna korekcja astygmatyzmu
Operacyjna korekcja wad refrakcji
Operacja zezów
Operacyjne udrożnienie dróg łzowych
Operacyjna korekcja twardówki
Wszczepienie, usunięcie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej
Przeszczep rogówki
Nakłucie przedniej komory oka, zaćma wtórna

Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna

Plastyka płatem skórny
Przeszczep skórny
Wprowadzenie ekspandera pod skórę
Plastyka licznych ścięgien i nerwów
Przeszczep mięśnia lub ścięgna
Uwolnienie przykurczu mięśnia
Odbarczenie nerwu twarzewego
Osteotomia czołowo-twarzowa

Chirurgia tętnic

Operacja naprawcza tętnicy
Operacja tętniaka aorty brzusznej, tętnicy biodrowej, udowej, podkolanowej
Operacja aorty brzusznej, piersiowej
Angioplastyka wieńcowa
Koronarografia – angiografia naczyń wieńcowych
Bypass (pomostowanie) tętnicy szyjnej lub tętnicy podobojczykowej
Embolektomia, trombektomia, usunięcie zatoru lub zakrzepicy tętnicy
Angioplastyka tętnicy szyjnej

Chirurgia żył

Wycięcie żyłaków:
a) jednej kończyny dolnej
b) obu kończyn dolnych
Chirurgiczne zaopatrzenie żyły po urazie
Trombektomia żylna, usunięcie skrzepliny z żyły

Zabiegi diagnostyczne

Laparoskopia
Torakoskopia
Międiastinoskopia
Histeroskopia
Koronarografia – angiografia naczyń wieńcowych

Zabiegi specjalne

Przeszczep szpiku kostnego

Guzy

Leczenie radioterapią

Warszawa, 4 grudnia 2017 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa