

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia

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

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek zdiagnozowania poważnej choroby (35/65)

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. 4; art. 8 Tabela poważnych chorób

# 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 zdiagnozowania poważnej choroby (35/65) 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 poważnych chorób 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 określeń użytych w niniejszych *OWU*:

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:
    - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
    - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
    - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
    - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
    - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
    - f) 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:
    - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
    - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
    - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
    - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
    - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału,
    - f) 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 podpajęczęcego. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
    - a) jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
    - b) 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,
    - c) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniu obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
    - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
    - b) stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
    - c) 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 podpajęczęcego. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
    - a) jednoznaczne rozpoznanie szpitalne świeżego udaru mózgu z wystąpieniem nowych objawów neurologicznych,
    - b) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, lub inne wiarygodne badanie obrazowe potwierdzające rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
    - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
    - b) stwierdzony w badaniu obrazowym tzw. cichy udar bezobjawowy,
    - c) uszkodzenia mózgu spowodowane *nieszczęśliwym wypadkiem* lub urazem.
  - 1.5. **operacja pomostowania naczyń wieńcowych**  
Przebiecie operacji chirurgicznej w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeskórnej plastyki balonowej i innych technik wewnątrznaczyniowych.  
Warunkiem uznania roszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
  - 1.6. **operacja zastawek serca**  
Przebyta 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**  
Przebiecie 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 niniejszym punkcie nie obejmuje operacji wykonywanych z użyciem technik wewnątrznaczyniowych.  
Warunkiem uznania rozszczenia jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, iż wskazanie do operacji powstało w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*.
- 1.8. **wewnątrznaczyniowe leczenie aorty**  
Przebiecie leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy lub brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.  
Warunkiem uznania rozszczenia 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 wewnątrznaczyniowej.  
Warunkiem uznania rozszczenia 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 kardiologa.
- 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 kardiologa.
- 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 wewnątrznaczyniowej 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 lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza 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.  
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-topatkowo-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 lekarza 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.

#### 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.

#### 1.26. zespół apaliczny (odmóżdżeniowy)

Uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. 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 neurologa 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 neurologa 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, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:

- przetoczenia produktów krwiopochodnych,
- czynników stymulujących szpik kostny,
- immunosupresji,
- przeszczepu szpiku kostnego.

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa oraz biopsją szpiku kostnego.

#### 1.31. zapalenie tarczycy Hashimoto

Jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza specjalistę endokrynologa przewlekłego limfocytowego zapalenia gruczołu tarczowego (choroba Hashimoto, wole limfocytarne tarczycy). Rozpoznanie musi być oparte o wynik badania histopatologicznego biopsji tarczycy (BAC) oraz 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:

- utrwalonej żółtaczki,
- wodobrzusza,
- 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. wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie

Jednoznaczne rozpoznanie po raz pierwszy wrzodziejącego 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:

- 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 (PaO<sub>2</sub> 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 lekarza specjalistę reumatologa 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  
– toczeń 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 niniejszej definicji).  
Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje toczenia układowego polekowego i toczenia 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 lekarza 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. bąblowica mózgu leczona operacyjnie

Operacyjne usunięcie torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasieciem z rodzaju *Echinococcus*, co musi zostać jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym.

Warunkiem uznania rozszczenia 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 lekarza 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 lekarza 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 lekarza 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 (bilharczoza)

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 lekarza 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 flawivirusami.

#### 1.61. utrata wzroku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby lub *nieszczęśliwego wypadku*, potwierdzona przez lekarza okulistę 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:

- brak reakcji na bodźce zewnętrzne przez co najmniej 96 godzin,
- konieczność stosowania aparatury medycznej i zabiegów podtrzymujących funkcje życiowe organizmu,
- 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 spożyciem 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 lekarza specjalistę otolaryngologa 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 lekarza specjalistę otolaryngologa w oparciu o obiektywne badania diagnostyczne oraz ocenę progę słyszalności.

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

2. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

#### 3. czynności życia codziennego:

- korzystanie z toalety,
- mycie się, czyli wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej (rozumiane jako kąpiel w wannie lub pod prysznicem),
- spożywanie przygotowanych posiłków,

- d) przechodzenie z łóżka na wózek lub krzesło i z powrotem,
  - e) przemieszczanie się, czyli umiejętność samodzielnego poruszania się na jednym poziomie po powierzchni płaskiej, także przy wykorzystaniu laski, chodzika,
  - f) ubieranie i rozbieranie się,
4. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
  5. **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,
  6. **Współubezpieczony** – wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* osoba fizyczna, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach *umowy dodatkowej*.

## 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 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. W przypadku zdiagnozowania u *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* *poważnej choroby* *Towarzystwo* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Współubezpieczonemu* świadczenie określone jako procent *sumy ubezpieczenia* na wypadek zdiagnozowania *poważnej choroby*, zgodnie z Tabelą poważnych chorób.
4. Świadczenie z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby* zostanie wypłacone:
  - a) jeżeli *poważna choroba* została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, lecz nie wcześniej niż po upływie 90 dni od *daty jej wejścia w życie* i
  - b) o ile odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Współubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od *daty zdiagnozowania poważnej choroby*.
5. Jeżeli *poważna choroba* została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło 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*.
6. 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*.
7. Wypłata świadczeń nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.
8. 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 opłacenia *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 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 odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*.

Jeżeli *poważna choroba Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* została spowodowana *niešťęśliwym wypadkiem*, dodatkowo należy przedłożyć *Towarzystwu* dokumenty określone poniżej:

- kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności i przebiegu zdarzenia, sporządzonej przez organy policji, prokuratury lub 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.

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. Poświadczania 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](http://www.eroszczeniemetlife.pl),
- **elektronicznie na adres e-mail:** [roszczenia@metlife.pl](mailto:roszczenia@metlife.pl),
- **telefonicznie pod numerem:** +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- **pisemnie na adres siedziby Towarzystwa:** MetLife TUnZiR 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.



- 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.

- 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.

- Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, **Towarzystwo** może odmówić wypłaty świadczenia.
- Towarzystwo** zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 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. Badania 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

Świadczenie z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostanie wypłacone, jeżeli *poważna choroba* jest spowodowana:

- chorobą, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed datą wejścia w życie *umowy dodatkowej*, z wyłączeniem tych chorób, o których **Towarzystwo** zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem *umowy dodatkowej*,
- 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 niniejsze wykluczenie nie ma zastosowania do zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi oraz zakażenia HIV w wyniku narażenia zawodowego,
- wypadkiem wynikłym z faktu pozostawiania przez *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- działaniami wojennymi, czynnym udziałem w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych,
- obrażeniami odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnym udziałem w innym czynnie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania,
- 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 opłaceniu składki za *Umowę pomniejszonej 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



- b) *umowa podstawowa* została przekształcona w bezskładkową – z dniem jej przekształcenia lub zakończył się okres opłacania *składek*, lub
- c) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
- d) 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
- e) w stosunku odpowiednio do *Ubezpieczonego* lub *Współubezpieczonego* – w ciągu 90 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* powstał obowiązek wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia z tytułu zdiagnozowania *poważnej choroby*, lub
- f) w stosunku do *Współubezpieczonego* – w dniu śmierci *Ubezpieczonego*, wygaśnięcia lub rozwiązania *umowy podstawowej*, lub
- g) 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.



**WAŻNE:** W przypadku zdiagnozowania *poważnej choroby* w pierwszych 90 dniach obowiązywania *umowy dodatkowej* *Ubezpieczony* otrzyma 110% wpłaconych *składek*, a *umowa dodatkowa* wygaśnie. Jeżeli *poważna choroba* zostanie zdiagnozowana po 90 dniach obowiązywania *umowy dodatkowej*, a wypłacone świadczenie będzie niższe niż 100% *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, ochrona z tytułu *poważnej choroby* będzie nadal udzielana. Wypłata łącznego świadczenia w wysokości 100% *sumy ubezpieczenia* na wypadek zdiagnozowania *poważnej choroby* powoduje wygaśnięcie *umowy dodatkowej*.

- 4. W przypadkach określonych w punkcie 3 c) i f) powyżej *Towarzystwo* zwróci część składki z tytułu *umowy dodatkowej* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

## Rozdział VII. Postanowienia końcowe

### Artykuł 11. Indeksacja

- 1. *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*.
- 2. Podwyższenie *sumy ubezpieczenia umowy dodatkowej* następuje w *rocznicę Umowy*, pod warunkiem opłacenia podwyższonej *składki* proponowanej przez *Towarzystwo*.
- 3. *Umowa dodatkowa* może być indeksowana tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.
- 4. 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:

- a) wykupu *Umowy/wypłaty świadczenia (częściowego lub całkowitego) wykupu*,
- b) przekształcenia *Umowy* w ubezpieczenie bezskładkowe,
- c) premii nadzwyczajnej/udziału w zysku,
- d) samobójstwa,
- e) zaprzestania opłacania *składek*.

### Artykuł 13. Reklamacje i mediacja

- 1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Współubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
  - a) pisemnie na adres *Towarzystwa*: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
  - b) elektronicznie na adres e-mail: [lifeinfo@metlife.pl](mailto:lifeinfo@metlife.pl),
  - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
  - d) osobiście w *biurze głównym Towarzystwa* lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
- 2. Każda *reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- 3. 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*.

- 4. 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*.
- 5. „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa*.
- 6. 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.
- 7. *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](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny).

### Artykuł 14. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

- 1. Prawem właściwym dla *umowy dodatkowej* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2. Wszelkie spory mogące wynikać 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*.
- 3. Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 4. 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.

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

Warszawa, 4 grudnia 2017 roku

Łukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulić  
Członek Zarządu Towarzystwa

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

## Tabela poważnych chorób

Lp.	Nazwa jednostki chorobowej	Wysokość świadczenia	Wariant	
			Standard	Premium
<b>Choroby układu krążenia</b>				
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%		•
<b>Choroby układu nerwowego</b>				
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 (odmóżdzeniowy)	100%	•	•
27	Choroba Alzheimera	100%	•	•
28	Choroba Alzheimera – łagodniejsza postać	25%		•
29	Ropień mózgu leczony operacyjnie	100%		•
<b>Choroby narządów wewnętrznych</b>				
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%	•	•
<b>Choroby układu kostno-mięśniowego i skóry</b>				
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%	•	•
<b>Choroby zakaźne i pasożytnicze</b>				
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%		•
<b>Inne poważne choroby</b>				
61	Utrata wzroku	100%	•	•
62	Utrata wzroku w jednym oku	25%		•
63	Śpiączka	100%	•	•
64	Utrata mowy	100%	•	•
65	Utrata słuchu	100%	•	•

Warszawa, 4 grudnia 2017 roku



Łukasz Kalinowski  
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig  
Członek Zarządu Towarzystwa

