

Szlachetne Zdrowie

MetLife®

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób (32)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWA DODATKOWA UBEZPIECZENIE NA WYPADEK GROŹNYCH CHOROŢ (32)

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 dodatkowej.

WYJAŚNIENIA

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

PRZYKŁADY

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

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

ARTYKUŁ 1. WSTĘP

- Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób (32) zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
- Umowa dodatkowa* jest częścią umowy ubezpieczenia (dalej *Umowa*). *Umowa dodatkowa* jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego* i obejmuje ochroną *Ubezpieczonego* wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w *dacie zawarcia umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 65. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. Nowotwór złośliwy

Guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych z naciekaniem i niszczeniem zdrowej tkanki. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez badanie histopatologiczne (opisane cechy złośliwości komórek nowotworowych) oraz opinie lekarza onkologa lub patologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- zmiany opisywane jako raki in situ lub nieinwazyjne oraz stany przednowotworowe, obejmujące, ale nie ograniczone do: raka in situ gruczołu piersiowego, dysplazji nabłonka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3,

- b) nadmierne rogowacenie, podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe raki skóry, czerniaki naciekające tkankę na głębokość mniejszą niż 1,5 mm lub sklasyfikowane poniżej 3 stopnia w skali Clarka, za wyjątkiem obecności przerzutów,
- c) raki gruczołu krokowego opisywane w skali TNM jako T1a lub T1b albo raki gruczołu krokowego sklasyfikowane w innej skali o podobnym lub niższym zaawansowaniu; brodawkowaty rak tarczycy T1N0M0 o średnicy mniejszej niż 1 cm; brodawkowaty mikro-rak pęcherza moczowego; przewlekła białaczka limfatyczna w stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 w skali Rai,
- d) wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.

2. **Zawał mięśnia sercowego**

Oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych sześciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:

- 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).

3. **Operacja pomostowania naczyń wieńcowych**

Faktycznie przeprowadzona operacja z otwarciem klatki piersiowej mająca na celu korekcję zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, tzw. by-passów. Diagnoza musi być oparta na potwierdzonym koronarografią istotnym zwężeniu tętnicy wieńcowej. Wskazanie do zabiegu musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) angioplastyka,
- b) wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

4. **Udar**

Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczę lub krwawienia do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego utrzymujące się 3 miesiące po dokonanym incydencie mózgowym,
- b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
- b) odwracalny niedokrwienno-ubytkowy neurologiczny,
- c) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
- d) choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
- e) zaburzenia niedokrwienne układu równowagi.

5. **Niewydolność nerek**

Przewlekłe nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek, wymagające stałego, regularnego odbywania przez *Ubezpieczonego* dializy lub przeszczepu nerki.

6. **Przeszczepienie narządów**

Leczenie operacyjne *Ubezpieczonego* obejmujące:

- a) przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
- b) przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.

Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

7. **Utrata wzroku**

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona przez lekarza okulistę wskazanego przez *Towarzystwo* i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych.

8. **Anemia aplastyczna**

Przewlekła i trwała niewydolność szpiku kostnego, której rezultatem jest obniżenie poziomu czerwonych i białych krwinek (anemia i neutropenia) oraz płytek krwi (trombocytopenia), wymagające leczenia uwzględniającego przynajmniej jedną z następujących procedur:

- a) transfuzji składników krwi,
- b) stosowania leków stymulujących rozwój szpiku,
- c) stosowania leków immunosupresyjnych albo
- d) przeszczepu szpiku kostnego.

Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona przez lekarza hematologa.

9. **Schyłkowa niewydolność wątroby**

Schyłkowy okres niewydolności wątroby potwierdzony obecnością wszystkich wymienionych niżej warunków:

- a) utrwalona żółtaczka,
- b) wodobrzusze,
- c) encefalopatia wątrobowa,
- d) zaburzenia krzepliwości.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową wszystkie choroby wątroby spowodowane nadużywaniem alkoholu lub środków uzależniających.

10. **Śpiączka**

Stan śpiączki trwający nie krócej niż 96 godzin. Rozpoznanie musi być potwierdzone wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:

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

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową śpiączki spowodowane alkoholem lub środkami uzależniającymi.

11. **Głuchota (utrata słuchu)**

Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu obu uszu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę otolaryngologa w oparciu o badanie audiometryczne oraz ocenę prognozy słyszalności.

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

12. Operacja zastawek serca

Przebyta operacja w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa.

13. Utrata mowy

Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie urazu lub choroby strun głosowych. Niemożność mowy musi trwać co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę otolaryngologa w oparciu o obiektywne metody diagnostyczne.

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

14. Ciężkie oparzenia

Oparzenia 3 stopnia (obejmujące pełną grubość skóry) o powierzchni stanowiącej co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała.

15. Schyłkowa niewydolność płuc

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

- wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
- konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg),
- występowanie duszności spoczynkowej,
- nadciśnienie płucne powyżej 60 mm Hg.

Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa.

16. Stwardnienie rozsiane

Jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego poparte stwierdzeniem występowania wszystkich wymienionych poniżej warunków:

- wyniki badań diagnostycznych jednoznacznie potwierdzające rozpoznanie stwardnienia rozsianego,
- mnożne neurologiczne objawy ubytkowe, które wystąpiły w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy,
- dobrze udokumentowany wywiad zaostrzeń i remisji objawów chorobowych oraz deficytów neurologicznych.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową inne przyczyny uszkodzeń neurologicznych, takie jak toczeń rumieniowaty układowy lub wirus HIV.

17. Paraliż (utrata władzy w kończynach)

Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w przynajmniej dwóch całych kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę neurologa.

18. Choroba Parkinsona

Jednoznaczne rozpoznanie pierwotnej choroby Parkinsona przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być udokumentowane wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej warunków:

- brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne,
- objawy postępującego upośledzenia sprawności,
- niemożność wykonania co najmniej trzech z wymienionych sześciu podstawowych czynności dnia codziennego przez sześć miesięcy bez przerwy.

Podstawowe czynności dnia codziennego (kryteria samodzielności):

- mycie się: zdolność samodzielnego wzięcia prysznicza lub kąpielni (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic), lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie zadowalającego poziomu higieny osobistej,
- ubieranie się: samodzielne zakładanie na siebie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapięcia i rozpięcia guzików i suwaków oraz, w przypadku gdy istnieje taka potrzeba, zamocowania i zdjecia wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego,
- przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem,
- poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
- załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu,
- odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania posiłków przyrządzonych i podanych przez osobę trzecią.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową przypadki zachorowania na chorobę Parkinsona spowodowane przyjmowaniem leków lub zatruciem.

19. Operacje aorty

Przebycie operacji tętniaka aorty, zwężenia, niedrożności lub rozwarstwienia aorty z dostępu przez otwarcie klatki piersiowej lub brzucha. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny, z wyłączeniem jej odgałęzień.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową operacje wykonywane z użyciem technik małoinwazyjnych lub śródnaczyniowych.

20. Choroba Alzheimera / ciężka demencja u osób poniżej 60. roku życia

Obniżenie lub utrata sprawności intelektualnej na skutek choroby Alzheimera lub innych nieodwracalnych uszkodzeń organicznych, potwierdzone wynikiem badania klinicznego oraz badań obrazowych, powodujące poważne obniżenie sprawności umysłowej i niemożność samodzielnego funkcjonowania bez stałej opieki osób trzecich. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez właściwego specjalistę i lekarza wskazanego przez *Towarzystwo*.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- choroby nieorganiczne, takie jak nerwice i choroby psychiczne oraz
- uszkodzenia mózgu występujące wskutek nadużywania alkoholu.

21. Piorunujące zapalenie wątroby

Gwałtownie rozwijająca się martwica komórek wątrobowych wywołana przez zakażenie wirusem zapalenia wątroby prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- szybkie zmniejszanie się wątroby,
- martwica obejmująca całe płaciki, pozostawiająca jedynie zapadniętą siatkę podścieliska,
- szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- nasilająca się żółtaczka,
- encefalopatia wątrobowa.

22. Pierwotne nadciśnienie płucne

Pierwotne nadciśnienie płucne potwierdzone wystąpieniem co najmniej trzech z wymienionych niżej kryteriów diagnostycznych:

- średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mm Hg mierzone metodą inwazyjną,
- elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory (RV1+SV5 > 1.05mV),
- obniżone stężenie tlenu we krwi w spoczynku,
- powiększenie prawej komory stwierdzone w badaniu echokardiograficznym (powyżej 30 mm) w prezentacji M w przekroju obrazującym długą oś lewej komory serca i drogą odpływu prawej komory.

Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami obiektywnych badań diagnostycznych, w tym wynikiem cewnikowania serca.

23. Choroby w okresie schyłkowym

Ostateczne rozpoznanie u *Ubezpieczonego* schyłkowego stadium choroby, które w ciągu dwunastu miesięcy przewidywalnie zakończy się zgonem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza-specjalistę oraz lekarza wskazanego przez *Towarzystwo*.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową przypadki chorób wywołanych przez wirus HIV.

24. Łagodny guz mózgu

Łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:

- występowanie zagrożenia życia,
- spowodowanie uszkodzenia mózgu,
- guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
- występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- torbiele,
- ziarniniaki,
- malformacje naczyniowe,
- krwiaki,
- guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego.

25. Zapalenie mózgu

Zapalenie tkanki mózgowej (półkuli mózgowej, pnia mózgu lub mózdzku) spowodowane infekcją wirusową powodujące trwałe następstwa neurologiczne. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę neurologa i wynikami obiektywnych badań diagnostycznych. Należy udokumentować utrzymywanie się neurologicznych objawów ubytkowych przez co najmniej sześć tygodni.

Nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową zapalenie mózgu spowodowane przez zakażenie wirusem HIV.

26. Poliomyelitis – choroba Heinego-Medina

Wystąpienie choroby Heinego-Medina spełniającej następujące warunki:

- identyfikacja wirusa Polio jako przyczyny choroby,
- porażenie mięśni kończyn lub mięśni układu oddechowego utrzymujące się przez okres nie krótszy niż trzy miesiące.

27. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Bakteryjne zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych, w następstwie którego dochodzi do znaczących, nieodwracalnych i trwałych następstw neurologicznych. Neurologiczne objawy ubytkowe muszą utrzymywać się przez co najmniej sześć tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie zakażenia bakteryjnego płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego poprzez nakłucie lędźwiowe.

Nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową bakteryjne zapalenie opon mózgowych spowodowane infekcją wywołaną zakażeniem wirusem HIV.

28. Ciężki uraz głowy

Ciężki uraz głowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodujący trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie musi być ustalone przez specjalistę neurologa w oparciu o jednoznaczne wyniki w badaniu za pomocą rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innej wiarygodnej metody diagnostyki obrazowej. Ocena trwałości ubytków neurologicznych może być przeprowadzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- urazy/uschodzenia rdzenia kręgowego,
- urazy głowy mające inne przyczyny niż spowodowane w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wynikające ze stanu zdrowia.

29. Zespół odmóżdzeniowy

Uogólniona martwica kory mózgowej przy nienaruszonym pniu mózgu. Rozpoznanie musi zostać jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę neurologa i dokumentację medyczną. Zespół odmóżdzeniowy powinien trwać przynajmniej jeden miesiąc, co powinno być medycznie udokumentowane.

30. Inne ciężkie postaci choroby wieńcowej

Zwężenie światła jednej z tętnic wieńcowych o co najmniej 75% ze współistniejącym zwężeniem dwóch innych tętnic wieńcowych o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym niezależnie od tego, czy przeprowadzono jakąkolwiek operację kardiochirurgiczną na tętnicach wieńcowych. Pod pojęciem „tętnice wieńcowe” rozumie się główny pień lewej tętnicy wieńcowej, gałąź przednią zstępującą, gałąź okalającą oraz prawą tętnicę wieńcową.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:

- ograniczeniem wydolności fizycznej,
- obniżeniem odcinka ST w co najmniej 2 odprowadzeniach stwierdzonym w elektrokardiograficznej próbie wysiłkowej,
- zaburzeniami kurczliwości co najmniej 2 segmentów mięśnia serca stwierdzonymi w echokardiograficznym teście wysiłkowym.

31. 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 objęte są postaci układowe, przebiegające z zajęciem serca, płuc lub nerek.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

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

32. Układowy toczень rumieniowaty z toczniowym zapaleniem nerek

Układowa, wieloczynnikowa choroba z autoagresji charakteryzująca się wytwarzaniem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej chorego. W ramach *umowy dodatkowej* ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do postaci tocznia układowego przebiegających z zajęciem nerek (stopień III-V toczniowego zapalenia nerek wg klasyfikacji WHO), co zostało ustalone w oparciu o biopsję nerki.

Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.

Klasyfikacja WHO toczniowego zapalenia nerek:

- Klasa I: zapalenie kłębuszków ze zmianami minimalnymi,
Klasa II: zmiany ograniczone do mezangium,
Klasa III: ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa IV: rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa V: błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa VI: postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem.

33. **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.
34. **Reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności.
35. **Wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, lub inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny.

ROZDZIAŁ II. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JEJ ZAKRES

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.

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

ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

1. *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* z tytułu *umowy dodatkowej sumę ubezpieczenia* na wypadek groźnej choroby wskazaną w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* tylko w przypadku, gdy:
 - a) choroba zdefiniowana w artykule 2 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 3 miesięcy od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowienia i
 - b) *Ubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty zdiagnozowania choroby lub leczenia operacyjnego zdefiniowanych w artykule 2.
2. *Ubezpieczonemu* przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* w wysokości wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji zdefiniowanych w artykule 2 oraz bez względu na to, czy *Ubezpieczony* przeżył je równocześnie, czy też kolejno.
3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe określone *umową dodatkową* miało miejsce w okresie karencji, *Towarzystwo* wypłaci świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* pomniejszonej o *składkę* należną i niezapłaconą w terminie wymagalności.

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 za umowę dodatkową 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:
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej chorobę lub leczenie operacyjne, wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie oraz zastosowane leczenie,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego* potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w *biurze głównym Towarzystwa* albo jego uprawnionym przedstawicielstwie.

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

- **on-line** – przez portal e-rozszczenie (zgodnie z informacjami zawartymi na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **pocztą elektroniczną** – przesyłając e-mail z opisem zdarzenia na adres: roszczenia@metlife.pl
- **telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji – tel. +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- **korespondencyjnie** – wysyłając wypełnione formularze roszczeniowe wraz z wymaganą dokumentacją na adres: Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej *Towarzystwa*)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnZiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie *Towarzystwa* na terenie całego kraju.

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 formularze do przedstawienia wymaganych dowodów potwierdzających rozpoznanie jednej z chorób lub przebycie operacji, o których mowa w artykule 2. 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 ubezpieczeniowym.

4. Wszelkie informacje zawarte w formularzach, jak również wszelkie inne informacje wymagane przez *Towarzystwo* do ustalenia jego odpowiedzialności i wysokości świadczenia, powinny być dostarczone *Towarzystwu* w ciągu 30 dni od daty rozpoznania medycznego lub wypisu *Ubezpieczonego* ze szpitala.
5. 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.

6. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, *Towarzystwo* może odmówić wypłaty świadczenia.
7. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. 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 7 niniejszego artykułu.
9. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* wszelkie świadczenia, które powinny być wypłacone *Ubezpieczonemu*, zostaną wypłacone *Uposażonemu*, który jest wskazany w *Umowie* lub innej osobie uprawnionej zgodnie z postanowieniami *Umowy*.

ARTYKUŁ 7. BADANIA LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *umowy dodatkowej*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *umowy dodatkowej*. Wszelkie świadczenia należne z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

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

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 choroba lub operacja określona w artykule 2 jest spowodowana:

- a) 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* lub jej wznowieniem, z wyłączeniem tych chorób, o których *Towarzystwo* zostało poinformowane na piśmie przed zawarciem *umowy dodatkowej* lub przed jej wznowieniem,
- b) 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),
- c) na skutek wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- d) samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- e) zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- f) działaniem trucizny albo trujących gazów lub oparów,
- g) wojną, strajkami albo obrażeniami odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnym udziałem w innym czynie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo aktami terroryzmu.

ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 9. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. *Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji określony w *umowie podstawowej*.
2. *Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za tę *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
3. Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu karencji określonego w warunkach *umowy podstawowej*, w wysokości zaoferowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
4. W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji określonego w *umowie podstawowej*.
5. W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą, do której *Ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić kolejną składkę za *umowę podstawową*.
6. *Umowa dodatkowa* może być rozwiązana przez *Ubezpieczającego* w dowolnym momencie jej obowiązywania. Rozwiązanie następuje na podstawie pisemnego wniosku doręzonego *Towarzystwu*, podpisanego zgodnie z podpisem wzorcowym *Ubezpieczającego*. Rozwiązanie *umowy dodatkowej* jest skuteczne z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
7. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - a) którakolwiek składka z tytułu *Umowy* nie została opłacona do końca okresu karencji przewidzianego w *Umowie*, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie 7 dni od daty otrzymania wezwania do opłacenia składki lub
 - b) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - c) powstania obowiązku wypłaty przez *Towarzystwo* świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej*, lub
 - d) *Ubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *umowy dodatkowej* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności. Przez niepoczytalność rozumie się utratę przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczonego*, lub
 - e) *Ubezpieczony* wstąpił lub został powołany do lądowych, powietrznych lub morskich sił zbrojnych albo do oddziałów pomocniczych lub cywilnych działających w strukturach armii jakiegokolwiek kraju będącego w stanie wojny – z dniem wybuchu lub ogłoszenia stanu wojny, lub
 - f) w rocznicę *Umowy* następującą bezpośrednio po 65. urodzinach *Ubezpieczonego*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.
 W przypadkach określonych w punktach 7 b), d) i e) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 10. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

Warunki *umowy podstawowej*, oprócz postanowień dotyczących indeksacji, samobójstwa oraz możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania składek (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe), odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:

- a) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku *Ubezpieczonego* zawarcie *umowy dodatkowej* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 64. roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek,

- b) ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* może być wznowiona w oparciu o zasady określone w warunkach *umowy podstawowej* tylko wtedy, gdy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy podstawowej* została wznowiona,
- c) *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku.

ARTYKUŁ 11. REKLAMACJE I MEDIACJA

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres siedziby *Towarzystwa*: MetLife TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - c) telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - d) osobiście w siedzibie *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 powyżej 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 powyżej, 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, 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 zostały podane 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 12. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego* lub 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, 27 marca 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału
zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów
z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70
© MetLife TUnŻiR S.A., 2017

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifeinfo@metlife.pl
www.metlife.pl