

Hospitalizacja

MetLife®

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby

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 Tabela operacji i zabiegów chirurgicznych

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

UMOWA DODATKOWA

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK HOSPITALIZACJI W NASTĘPSTWIE NW LUB CHOROBY

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 hospitalizacji w następstwie NW lub choroby 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* wraz z Tabelą operacji i zabiegów chirurgicznych 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 6. miesiąc życia, a nie ukończył 63. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

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

WYJAŚNIENIE: Pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień przyjęcia do szpitala, niezależnie od tego, o której godzinie przyjęcie nastąpiło. Natomiast ostatnim dniem hospitalizacji jest dzień wypisu ze szpitala. Jeżeli Ubezpieczony został przyjęty do szpitala w poniedziałek o godzinie 17, a został wypisany w czwartek o godzinie 10 w tym samym tygodniu, to hospitalizacja trwała 4 dni.

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

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

5. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny, w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru,
6. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała nieprzerwanie co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze *szpitala*,
7. **pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
8. **rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych *chorobach* lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych,
9. **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,
10. **rocznica umowy dodatkowej** – dzień każdego kolejnego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*, który odpowiada dacie wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
11. **rok obowiązywania umowy dodatkowej** – okres pomiędzy kolejnymi *rocznicami umowy dodatkowej*, wliczając rocznicę rozpoczynającą dany okres. Pierwszy rok obowiązywania *umowy dodatkowej* rozpoczyna się od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej* wskazanej w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*,
12. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego działające na podstawie przepisów prawa, w którym podmiot ten wykonuje świadczenia szpitalne, tj.: wykonuje całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem nie są oddziały rehabilitacji oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitale uzdrowiskowe, sanatoria,

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

13. **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 ochrona zdrowia *Ubezpieczonego*.

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

ARTYKUŁ 4. ZAKRES OCHRONY

1. Zakres ochrony *umowy dodatkowej* obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*:
 - *hospitalizację* w następstwie *NW* lub *choroby* oraz
 - *hospitalizację* na *OIOM/OIT* w następstwie *NW* lub *choroby*, oraz
 - operację w następstwie *NW* lub *choroby*.
2. **Dzienne świadczenie szpitalne w następstwie *NW* lub *choroby***
 - a) *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie szpitalne, jeżeli *Ubezpieczony* przez przynajmniej 4 kolejne dni podlegał *hospitalizacji* jako *pacjent stały* w następstwie:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej*.
 - b) Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *suma ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
 - c) Dzienne świadczenie szpitalne jest płatne za każdy dzień *hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, od dnia przyjęcia do *szpitala*, pod warunkiem, że *hospitalizacja* trwała co najmniej 4 kolejne dni.
 - d) Okres *hospitalizacji*, za który naliczane jest dzienne świadczenie za pobyt w *szpitalu*, nie może przekroczyć 180 dni dla każdego *roku obowiązywania umowy dodatkowej*.

WAŻNE: Prosimy zwrócić uwagę, że w każdym roku obowiązywania umowy dodatkowej dzienne świadczenie szpitalne wypłacane jest za maksymalnie 180 dni pobytu w szpitalu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

3. **Dzienne świadczenie za pobyt na *OIOM/OIT* w następstwie *NW* lub *choroby***
 - a) W przypadku *hospitalizacji* na *OIOM/OIT* *Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* dzienne świadczenie za pobyt na tym oddziale, jeżeli *Ubezpieczony* przebywał na *OIOM/OIT* jako *pacjent stały* w następstwie:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej*.
 - b) Wysokość dziennego świadczenia za pobyt na *OIOM/OIT* jest wskazana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia* jako *suma ubezpieczenia* z tytułu tego zdarzenia.
 - c) Dzienne świadczenie za pobyt na *OIOM/OIT* jest płatne za każdy dzień *hospitalizacji Ubezpieczonego* w charakterze *pacjenta stałego*, od dnia przyjęcia do *szpitala*. Maksymalny okres pobytu *Ubezpieczonego* na *OIOM/OIT*, za który naliczane jest dzienne świadczenie, wynosi 30 dni w ciągu każdego *roku obowiązywania umowy dodatkowej*.

4. **Świadczenie operacyjne w następstwie NW lub choroby**
- Towarzystwo* wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie operacyjne, jeżeli *Ubezpieczony* przebywał w *szpitalu* jako *pacjent stały* i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określone *umową dodatkową* w następstwie:
 - *nieszczęśliwego wypadku* powstałego w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej* lub
 - *choroby*, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się:
 - po 30 dniach od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej* lub jej wznowienia i
 - przed zakończeniem okresu jej obowiązywania lub
 - wcześniej niż 24 miesiące przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej*.
 - Świadczenie operacyjne wypłacone zostanie w wysokości 100% *sumy ubezpieczenia* z tego tytułu, na podstawie Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, która stanowi załącznik do *umowy dodatkowej*,
 - Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczonemu* przysługuje wypłata jednego świadczenia operacyjnego, z zastrzeżeniem punktu 5 poniżej.
 - Następujące po sobie okresy *hospitalizacji* spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym *nieszczęśliwym wypadkiem* lub *chorobą*, chyba że okres między tymi *hospitalizacjami* będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
 - Liczba wypłaconych świadczeń z tytułu świadczenia operacyjnego jest ograniczona do dwóch w każdym *roku obowiązywania umowy dodatkowej*.
5. Należne świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone w wysokości *sumy ubezpieczenia* pomniejszonych o wymagalne wierzytelności wynikające z *Umowy*, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.

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

- 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 karty informacyjnej pobytu w *szpitalu* zawierającej niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia, diagnozy lekarskiej, zastosowanego leczenia, w tym leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do świadczenia jest w ich posiadaniu, lub nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, o ile sprawa taka była prowadzona,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopii protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopii dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*.

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.

- 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 ubezpieczeniowym.

- 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. BADANIE 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* poddawać 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

Umowa dodatkowa nie obejmuje ochroną przypadków *hospitalizacji* lub operacji (zabiegu chirurgicznego) *Ubezpieczonego* wynikających lub związanych z:

- wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowieniem,
- chorobami*, które zostały rozpoznane, procedury diagnostyczne mające na celu ich rozpoznanie zostały rozpoczęte lub których leczenie było prowadzone w ciągu 24 miesięcy przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowieniem,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
- zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwice (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- samoekaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę *Ubezpieczonego*, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *umową dodatkową*,
- rehabilitacją*, jakąkolwiek opieką bądź leczeniem w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- alkoholizmem lub zespołem zależności alkoholowej (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywaniem lub uzależnieniem od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, substancji toksycznych, a także z faktu pozostawania przez *Ubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
- jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
- promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej zarówno w warunkach pokojowych, jak i podczas *wojny*,
- wojną*, strajkami albo obrażeniami odniesionymi na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnym udziałem w innym czynnie zabronionym lub stawianiem oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo aktami terroryzmu,
- zdarzeniami powstałymi na skutek pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej,
- leczeniem lub operacją migdałków w okresie pierwszych 180 dni od *daty wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowienia,
- podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

ROZDZIAŁ VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 9. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres, za który *Ubezpieczający* opłacił składkę oraz następujący po nim okres karencji określony w *umowie podstawowej*.
- 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.
- Oplacenie 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.
- W przypadku niezaakceptowania przez *Ubezpieczającego* zmienionych warunków *umowy dodatkowej* *umowa* ta nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji określonego w *umowie podstawowej*.
- 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*.
- Podwyższenie składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana.
- 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.
- Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania składek z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - 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
 - umowa podstawowa* wygasa lub została rozwiązana, lub
 - 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
 - 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
 - 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 8 b), c) i d) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 10. INDEKSACJA

- Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie składki oraz *sum ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej* o wskaźnik indeksacji określony w warunkach *umowy podstawowej*.
- Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do:
 - zawieszenia indeksacji lub
 - odmowy indeksacjiw stosunku do całości lub części swojego portfela ubezpieczeniowego w dowolnym roku, w przypadku stwierdzenia ryzyka ubezpieczeniowego większego niż standardowe w *dacie zawarcia Umowy* lub w przypadku braku ekonomicznego uzasadnienia stosowania indeksacji ze względu na niski wskaźnik inflacji, lub
 - zaproponowania indeksacji na warunkach odmiennych.

3. Postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące indeksacji mają zastosowanie do *umowy dodatkowej*, za wyjątkiem pomniejszenia indeksowanej składki o opłatę stałą *umowy podstawowej*.
4. *Umowa dodatkowa* może być indeksowana wtedy i tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.

ARTYKUŁ 11. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

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

- a) niezależnie od postanowienia o niepodważalności *Umowy Towarzystwa* może uzależnić przyznanie świadczenia wynikającego z *umowy dodatkowej* od przedstawienia dowodu, że fizyczne obrażenie ciała nastąpiło wskutek *nieszczęśliwego wypadku*,
- b) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku *Ubezpieczonego* zawarcie *umowy dodatkowej* po ukończeniu przez *Ubezpieczonego* 63. roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych *składek*,
- c) 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,
- d) *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadwyciecznej/udziału w zysku.

ARTYKUŁ 12. 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.

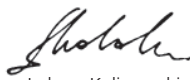
ARTYKUŁ 13. PRAWO WŁAŚCIWE, WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU, SPRAWOZDANIA

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

ZAŁĄCZNIK DO UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIE NA WYPADEK HOSPITALIZACJI W NASTĘPSTWIE NW LUB CHOROBY

TABELA OPERACJI I ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH SPOWODOWANYCH ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM OBJĘTYM UMOWĄ DODATKOWĄ

RODZAJE OPERACJI I ZABIEGÓW CHIRURGICZNYCH

CHIRURGIA OGÓLNA

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

JAMA BRZUSZNA

Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej
Wycięcie wyrostka robaczkowego
Drenaż ropnia wewnątrzbrzuszego
Operacja przepukliny: pachwinowej, pępkowej, udowej, kresy białej pooperacyjnej
Wycięcie częściowe lub całkowite żołądka, vagotomia, plastyka odźwiernika
Zeszycie przedziurawionego wrzodu trawiennego
Resekcja części jelita
Wycięcie guza jamy brzusznej
Wycięcie brzuszno-kroczowe odbytnicy
Przebrzuszną operacją wypadania odbytnicy
Szczelina odbytu, przetoka odbytu, ropień okołoodbytniczy
Wycięcie żyłaków odbytu
Leczenie ropnia wątroby z otwarciem jamy brzusznej
Wycięcie torbieli pasożytniczej wątroby
Częściowe wycięcie wątroby
Wycięcie pęcherzyka żółciowego
Operacja trzustki
Wycięcie śledziony
Usunięcie polipa jelita
Operacyjne leczenie przetoki jelita cienkiego, grubego
Zespoleenie jelitowe
Całkowite wycięcie jelita grubego
Zespoleenie żółciowo-jelitowe, plastyka zwieracza brodawki dwunastnicy (Vatera)
Litotrypsja, kruszenie kamieni żółciowych
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.

WĘZŁY CHŁONNE

Wycięcie węzłów pachowych, pachwinowych

CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ

Torakoplastyka – plastyka klatki piersiowej
Wycięcie płuca lub płata płuca
Częściowe wycięcie płata płuca
Wycięcie torbieli pasożytniczej płuca
Częściowe wycięcie przetyku
Operacja serca, aorty piersiowej
Drenaż klatki piersiowej
Usunięcie guza śródpiersia z dostępu przez mostek
Pleurodeza
Leczenie odmy opłucnowej z otwarciem klatki piersiowej
Zwiadowcze otwarcie klatki piersiowej
Założenie stentu do oskrzela lub tchawicy

ORTOPEDIA

Leczenie operacyjne złamania kości długiej
Leczenie operacyjne złamania innych kości
Otwarcie stawu, w tym usunięcie ciała wolnego
Wycięcie narośli kostnej
Operacja w zespole cieśni nadgarstka
Artroskopowe wycięcie łąkotki
Amputacja palca ręki (za każdy palec)
Amputacja śródreżca, śródstopia
Amputacja na poziomie nadgarstka, stępu i powyżej
Operacje palucha koślawego, deformacji palców, płaskostopia
Operacja zeszycia uszkodzonych ścięgien
Artroskopowa operacja barku lub kolana
Leczenie zerwania ścięgna Achillesa
Operacyjne usztywnienie stawu średniej wielkości, np. skokowego
Leczenie złamania śródstawowego – nadkłykiowego kości ramiennej, barku, kolana
Pełna protezoplastyka stawu biodrowego, kolana, barku
Leczenie operacyjne złamań kręgosłupa, stabilizacja, usztywnienie kręgosłupa

UROLOGIA

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

LARYNGOLOGIA

Operacja plastyczna warg
Operacja guza jamy ustnej
Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej
Całkowite wycięcie ślinianki przyusznej z powodu guza
Wycięcie torbieli bocznej szyi, przetoki
Wycięcie torbieli pośrodkowej (środkowej) szyi, przetoki
Operacja ucha wewnętrznego, środkowego
Usunięcie migdałków podniebiennych
Wycięcie krtani
Operacja struny głosowej
Wycięcie języzka podniebienia
Tracheostomia, tracheotomia – przetoka tchawicza
Usunięcie narośli i kostniaków z otworu słuchowego zewnętrznego
Usunięcie zuchwy (całkowite lub częściowe)
Operacje resekcyjne gardła, krtani
Operacja strzemiączka
Rekonstrukcja błony bębenkowej
Wycięcie ślimaka
Wycięcie torbieli środkowej szyi (torbieli przewodu tarczowo-językowego)
Plastyka przegrody nosa, operacja małżowin nosowych, sitowia
Operacja zatok przynosowych

GINEKOLOGIA

Całkowite usunięcie macicy
Częściowe usunięcie macicy
Usunięcie jajowodu
Usunięcie jajnika
Wycięcie mięśniaka
Usunięcie torbieli Bartolina, kauteryzacja szyjki macicy
Klinowe (stożkowe) wycięcie szyjki macicy
Plastyka krocza
Całkowite wycięcie pochwy
Plastyka jajowodu
Klinowe wycięcie jajnika
Zabiegi laparoskopowe
Zabiegi histeroskopowe

NEUROCHIRURGIA

Operacja mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych
Operacja złamania mózgowo-czaszki
Operacja plastyczna czaszki
Trepanopunkcja zwiadowcza/paliatywna
Operacja tętniaka mózgu
Operacja guza mózgu
Usunięcie oponiaka
Otwarcie czaszki
Operacja wady naczyniowej mózgu
Operacja nerwu słuchowego

Operacja krążka lub krążków międzykręgowych
 Operacja guza rdzenia kręgowego
 Inne operacje rdzenia kręgowego
 Zeszycie nerwu obwodowego
 Wycięcie nerwiaka
 Sympatektomia
 Operacje nerwu przedsionkowego

OKULISTYKA

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

CHIRURGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA

Plastyka płatem skórny
 Przeszczep skórny

Plastyka licznych ścięgien i nerwów
 Odbarczenie nerwu twarzowego
 Osteotomia czołowo-twarzowa

CHIRURGIA TĘTNIC

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

CHIRURGIA ŻYŁ

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

ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE

Laparoskopia

ZABIEGI SPECJALNE

Przeszczep szpiku kostnego, przeszczep komórek macierzystych

GUZY

Leczenie radioterapią

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