

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Ubezpieczenie na wypadek operacji NW

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek operacji NW

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. 7 Tabela operacji i zabiegów chirurgicznych

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 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

1. Niniejsze *OWU* mają zastosowanie do *umowy dodatkowej* Ubezpieczenie na wypadek operacji NW zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
2. *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* oraz *Małżonka/Partnera*, jeżeli tak stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner*, który w dacie zawarcia *umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 71. roku życia. Składka należna z tytułu *umowy dodatkowej* jest podana w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*.

Artykuł 2. Definicje

Definicje określeń użytych w niniejszych *OWU*:

1. **dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym *Ubezpieczony* podlegał *hospitalizacji*,



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

2. **hospitalizacja** – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych na zlecenie lekarza. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych *OWU* pobyt w *szpitalu* w celach opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego,
3. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera*, 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.

4. **pacjent stały** – osoba, której *hospitalizacja* trwała co najmniej 2 dni kalendarzowe, licząc od dnia wpisania do dnia wypisania ze *szpitala*,
5. **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 leczenia 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.

Rozdział II. Ochrona ubezpieczeniowa i jej zakres

Artykuł 3. Przedmiot ubezpieczenia

Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Ubezpieczonego* oraz *Małżonka/Partnera*, jeżeli tak stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.



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:
 - świadczenie operacyjne wskutek *NW Ubezpieczonego* oraz
 - świadczenie operacyjne wskutek *NW Małżonka/Partnera*, jeżeli tak stanowi *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.
2. *Towarzystwo* wypłaci odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Małżonkowi/Partnerowi* świadczenie operacyjne, jeżeli w następstwie fizycznych obrażeń ciała będących skutkiem *nieszczęśliwego wypadku*, powstałego w okresie obowiązywania *umowy dodatkowej*, odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner* przebywał w *szpitalu* jako *pacjent stały* i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonymu *umową dodatkową*.
3. *Towarzystwo* wypłaci procent *sumy ubezpieczenia*, jednak nie więcej niż 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu świadczenia operacyjnego wskutek *NW* dla każdego roku obowiązywania *umowy dodatkowej*, w zależności od rodzaju przebytej operacji lub zabiegu chirurgicznego, na podstawie Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, która stanowi załącznik nr 3 do *Umowy*.
4. Jeżeli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner* przeszedł zabieg lub operację chirurgiczną niewyszczególnioną w Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych, *Towarzystwo* ustali wysokość świadczenia, stosując wskaźnik procentowy operacji lub zabiegu o najbardziej zbliżonym stopniu skomplikowania spośród znajdujących się w Tabeli operacji i zabiegów chirurgicznych.
5. Wysokość *sumy ubezpieczenia* z tytułu świadczenia operacyjnego wskutek *NW* jest określona w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, zgodnie z wariantem wskazanym przez *Ubezpieczającego*.
6. Wypłata świadczenia operacyjnego wskutek *NW* zostanie dokonana odpowiednio *Ubezpieczonemu* lub *Małżonkowi/Partnerowi* pod warunkiem, że:
 - a) *nieszczęśliwy wypadek* nastąpił w czasie obowiązywania *umowy dodatkowej* oraz

- b) *niez szczęśliwy wypadek* nastąpił przed *rocznicą Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera*, oraz
- c) wszystkie *składki* należne z tytułu *Umowy* zostały w całości opłacone.
7. Należne świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostaną wypłacone z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Rozdział III. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

Artykuł 5. Początek odpowiedzialności Towarzystwa

1. W przypadku gdy *umowa dodatkowa* zawierana jest wraz z zawarciem *umowy podstawowej*, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po *dacie opłacenia pierwszej składki*, pod warunkiem wcześniejszego zawarcia *Umowy*.



WAŻNE: Odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner* są chronieni od dnia następnego po dniu wpływu pierwszej składki na rachunek bankowy Towarzystwa. Prosimy o wpłacenie składki po podpisaniu polisy.

2. W przypadku gdy *umowa dodatkowa* zawierana jest w *terminie wymagalności składki*, 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 uwzględniającą umowę dodatkową* na rachunek bankowy Towarzystwa.

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 przez odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera* 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, a w szczególności leczenia operacyjnego wraz z wynikami badań,
 - kopii protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie 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 odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera*.



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 TUnŻiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa (formularze te są dostępne także na stronie internetowej Towarzystwa)
- **osobiście** – w biurze głównym MetLife TUnŻiR S.A. przy ul. Przemysłowej 26 w Warszawie lub w każdym uprawnionym przedstawicielstwie Towarzystwa na terenie całego kraju.

2. Jeżeli pobyt w *szpitalu* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera* miał miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.



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

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



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

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



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

5. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie wskazanym w punkcie 6 niniejszego artykułu.

Rozdział V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa



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

Artykuł 7. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Wypłata świadczenia z tytułu operacji (zabiegu chirurgicznego) wskutek *NW* odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera* nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne powstały w wyniku:

- choroby, fizycznych obrażeń ciała będących rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego,
- wszelkich fizycznych obrażeń ciała powstałych przed *datą wejścia w życie umowy dodatkowej* lub jej wznowieniem,
- wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
- jakiegokolwiek operacji lub zabiegu chirurgicznego z powodu choroby,

- e) wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera* w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
- f) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera*, niezależnie od stanu ich poczytalności,
- g) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków objętych *umową dodatkową*,
- h) rehabilitacji, jakiegokolwiek opieki bądź leczenia w ośrodku zdrowia lub w ośrodku rehabilitacji,
- i) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, kuracji wypoczynkowych lub leczenia skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- j) jakiegokolwiek infekcji, która powstała w trakcie *hospitalizacji*,
- k) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- l) *wojny*, strajków albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo w wyniku aktów terroryzmu,
- m) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- n) w wyniku lub w czasie wykonywania jednego z wymienionych zawodów lub czynności: akrobata, cyrkowiec, kaskader, korespondent wojenny, treser zwierząt niebezpiecznych, pirotechnik, elektryk obsługujący słupy i wysokie napięcie, rybak dalekomorski, marynarz, pilot, steward, stewardesa, pracownik ochrony (ochroniarz) posiadający pozwolenie na broń i uzbrojony w trakcie wykonywania pracy, funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Biura Ochrony Rządu, górnik oraz inna osoba wykonująca pracę pod ziemią, osoba zajmująca się niszczeniem amunicji, personel platformy wiertniczej, nurek oraz inna osoba wykonująca pracę pod wodą, osoba używająca jakiegokolwiek broni lub urządzenia wykorzystującego energię nuklearną lub promieniowanie, osoba pracująca na wysokościach powyżej 25 m, osoba zajmująca się transportowaniem lub utrzymaniem materiałów wybuchowych lub jakiegokolwiek wyposażenia zawierającego materiały wybuchowe zgodnie z właściwym prawem regulującym pracę z materiałami wybuchowymi, służby ratunkowe, osoba mająca bezpośredni kontakt z materiałami wybuchowymi zgodnie z właściwym prawem regulującym pracę z materiałami wybuchowymi,
- o) *zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu*,
- p) wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- q) uczestnictwa w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- r) 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 8. 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 zaofertowanej przez *Towarzystwo*, jest równoznaczne z zaakceptowaniem warunków, na jakich *umowa dodatkowa* jest kontynuowana.
 4. W przypadku niez zaakceptowania 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 doręczonego *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 w każdym z następujących 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* wygasa lub została rozwiązana.
 8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu *umowy dodatkowej* wygasa odpowiednio w stosunku do *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera* w każdym z następujących przypadków:
 - a) w *rocznicę Umowy* następującą bezpośrednio po 75. urodzinach odpowiednio *Ubezpieczonego* lub *Małżonka/Partnera*, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie lub
 - b) z końcem okresu, za który opłacono ostatnią wymagalną składkę przed pisemnym powiadomieniem *Towarzystwa* o ustaniu małżeństwa/partnerstwa, lub
 - c) jeśli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner* zostali w trakcie obowiązywania *umowy dodatkowej* uznani za *niepoczytalnych* – z dniem powstania stanu niepoczytalności, lub
 - d) jeśli odpowiednio *Ubezpieczony* lub *Małżonek/Partner* wstąpili lub zostali powołani 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*.
- W przypadkach opisanych w punkcie 8 powyżej ochrona wygasa wyłącznie w stosunku do osoby, której dotyczą zdarzenia powodujące wygaśnięcie ochrony.
W przypadkach określonych w punktach 8 c) i d) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział VII. Postanowienia końcowe

Artykuł 9. Umowa dodatkowa jako część Umowy

Warunki *umowy podstawowej* odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z zastrzeżeniem, że 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.

Artykuł 10. Reklamacje i mediacja

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, 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,
 - 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, 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 11. Prawo właściwe, właściwość sądu, sprawozdania

1. Prawem właściwym dla *Umowy* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wynikać z *Umowy* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a odpowiednio *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Matżonkiem/Partnerem* lub *Dzieckiem, 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 odpowiednio *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Matżonka/Partnera* lub *Dziecka, 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 numer 3 do umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek operacji NW

Tabela operacji i zabiegów chirurgicznych

Tabela przykładowych operacji i zabiegów chirurgicznych	%
Jama brzuszna	
- wycięcie jelita	70
- wycięcie żołądka	70
- zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
- usunięcie pęcherzyka żółciowego	70
- otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
Ropień	
- nacięcie powierzchniowego ropnia, wrzodu	5
Amputacja	
- palców rąk i nóg – każdy	10
- ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
- podudzia, ramienia lub uda	40
- uda na wysokości biodra	70
Klatka piersiowa	
- pełna (całkowita) torakoplastyka	100
- usunięcie płuca lub jego części	70
- otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów, z wyłączeniem nakłucia	30
- usunięcie ropy, z wyłączeniem nakłucia	10
- bronchoskopia:	
- diagnostyczna	10
- operacyjna, z wyłączeniem biopsji	20
Przełyk	
- operacja zwężenia	40
Oko	
- odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
- zaćma	50
- usunięcie gałki ocznej	30
Złamania	
- leczenie złamania prostego:	
- obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15
- kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
- uda	40
- ramienia lub podudzia	25
- palców rąk lub nóg – każdy, lub żebra	5
- przedramienia – dwie kości, rzepek lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
- podudzia – dwie kości	30
- żuchwy	20
- nadgarstka, śródreźcza, nosa, żeber – dwa lub więcej lub mostka	10
- miednicy – wymagające wyciągu	30
- kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
- kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
- przegubu dłoni	10
Układ moczowo-płciowy	
- usunięcie nerki	70
Stawy i zwichnięcia	
- nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	40
- wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
- stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
- stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	35
- leczenie zwichnięcia:	
- palców rąk i nóg – każdy	5
- stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
- żuchwy	5
- stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepek	20
- rzepek	5
Paracenteza	
- nakłucia:	
- brzucha	10
- klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
- błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5
Czaszka	
- otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
- usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30

Warszawa, 27 marca 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

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. MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc. Telefoniczne Centrum Informacji: tel. +48 22 523 50 70, e-mail: lifeinfo@metlife.pl, Internet: www.metlife.pl