

Ochrona Ekstra

MetLife®

Informacja dotycząca umowy dodatkowej Ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania, hospitalizacji lub operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego

Informacje w zakresie	Postanowienie
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 3; art. 4; art. 5 Tabele: 1. Lista Poważnych Zachorowań 2. Lista Operacji Chirurgicznych
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2; art. 3; art. 7 Tabele: 1. Lista Poważnych Zachorowań 2. Lista Operacji Chirurgicznych

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

UMOWA DODATKOWA

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NW LUB CHOROBY WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

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 poważnego zachorowania, hospitalizacji lub operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie a *Ubezpieczającym* i stanowią integralną część tej *umowy dodatkowej*.
- Umowa dodatkowa* wraz z Listą Poważnych Zachorowań oraz Listą Operacji Chirurgicznych jest częścią *Umowy*. *Umowa dodatkowa* obejmuje ochroną *Współubezpieczonego*, wskazanego w *Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia*, który w dacie zawarcia *umowy dodatkowej* ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia i jest zawierana na wniosek *Ubezpieczającego*.
- Składkę należną z tytułu *umowy dodatkowej* określa *Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:

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

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

3. **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt *Współubezpieczonego* w *szpitalu*, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia 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. **lekarz** – osoba kwalifikująca do *hospitalizacji* lub przeprowadzająca *operację chirurgiczną*, wykonująca zawód lekarza na podstawie udzielonych jej uprawnień przez właściwe organy lub umocowane do wydawania takich uprawnień instytucje akademickie. Osoba ta nie może być małżonkiem, krewnym ani powinowatym *Współubezpieczonego* oraz nie może zamieszkiwać ani prowadzić wspólnego gospodarstwa domowego ze *Współubezpieczonym* ani żadnym członkiem jego rodziny, o ile *Towarzystwo* nie wyraziło na to zgody,
5. **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – niezależne od woli *Współubezpieczonego*, 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.

6. **operacja chirurgiczna** – operacja chirurgiczna wskazana w Liście Operacji Chirurgicznych, wynikająca ze wskazania lekarskiego jako metoda leczenia odpowiednia dla danego schorzenia lub urazu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, przeprowadzona w obecności anestezjologa przez *lekarza* posiadającego odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzania operacji,
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. **poważne zachorowanie** – rozpoznanie lub rozpoczęcie procedur diagnostycznych mających na celu rozpoznanie lub rozpoczęcie leczenia u *Współubezpieczonego* niewydolności nerek, nowotworu złośliwego, świeżego zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku lub przejście przez *Współubezpieczonego* operacji pomostowania naczyń wieńcowych lub przeszczepu ważnych narządów, zgodnie z definicjami podanymi w Liście Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU,
9. **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,
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. **Współubezpieczony** – wskazana przez *Ubezpieczającego* we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej osoba fizyczna, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej. *Współubezpieczonym* może być *Ubezpieczający* lub *Ubezpieczony* w umowie podstawowej lub inna osoba fizyczna,
14. **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach albo zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
15. **zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada.

ROZDZIAŁ II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ochrona zdrowia *Współubezpieczonego*.

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

2. Zakres ochrony umowy dodatkowej obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - *poważne zachorowanie Współubezpieczonego*,
 - *hospitalizację Współubezpieczonego* w następstwie NW lub choroby oraz
 - *operację chirurgiczną Współubezpieczonego* w następstwie NW lub choroby.
3. **Świadczenie na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego**
 - 3.1. W przypadku wystąpienia *poważnego zachorowania Współubezpieczonego* *Towarzystwo* wypłaci *Współubezpieczonemu* świadczenie z tytułu *poważnego zachorowania* w wysokości:
 - a) *sumy ubezpieczenia* na wypadek *poważnego zachorowania Współubezpieczonego*, jeżeli w momencie wystąpienia *poważnego zachorowania Współubezpieczonego* nie ukończył 65. roku życia lub
 - b) 50% *sumy ubezpieczenia* na wypadek *poważnego zachorowania Współubezpieczonego*, jeżeli w momencie wystąpienia *poważnego zachorowania Współubezpieczonego* ukończył 65. rok życia.
 - 3.2. W przypadku wystąpienia *poważnego zachorowania Współubezpieczonego* *Towarzystwo* wypłaci *Współubezpieczonemu* świadczenie z tego tytułu w przypadku, gdy *Współubezpieczony* pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni:
 - a) od daty rozpoznania *poważnego zachorowania* lub od daty rozpoczęcia procedur diagnostycznych mających na celu rozpoznanie *poważnego zachorowania* lub od daty rozpoczęcia leczenia *poważnego zachorowania* lub
 - b) od daty leczenia operacyjnego, zdefiniowanego w Liście Poważnych Zachorowań.
 - 3.3. Świadczenie z tytułu *poważnego zachorowania* zostanie wypłacone tylko w przypadku, gdy rozpoznanie lub rozpoczęcie procedur diagnostycznych mających na celu rozpoznanie lub rozpoczęcie leczenia *poważnego zachorowania* nastąpi po raz pierwszy po upływie 90 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej i w okresie obowiązywania umowy dodatkowej.
 - 3.4. *Współubezpieczonemu* w ramach umowy dodatkowej przysługuje prawo do wypłaty tylko jednego świadczenia z tytułu *poważnego zachorowania* w wysokości wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, bez względu na liczbę rozpoznanych *chorób* lub przebytych operacji zdefiniowanych w Liście Poważnych Zachorowań oraz bez względu na to, czy *Współubezpieczony* przeżył je równocześnie, czy też kolejno.

4. **Dzienne świadczenie szpitalne na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego**
 - 4.1. W przypadku hospitalizacji w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Współubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne w wysokości wskazanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia jako suma ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia.
 - 4.2. Towarzystwo wypłaci Współubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, jeżeli Współubezpieczony podlegał hospitalizacji w następstwie:
 - a) nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - b) choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po upływie 30 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej i przed rocznicą umowy dodatkowej następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Współubezpieczonego 65. roku życia.
 - 4.3. Dzienne świadczenie szpitalne na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby naliczane jest od pierwszego dnia hospitalizacji, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 4 dni.
 - 4.4. Hospitalizacja liczona jest od momentu wpisania do szpitala i trwa do chwili wypisania ze szpitala z zastrzeżeniem, że za pierwszy dzień hospitalizacji uważa się okres od momentu wpisania do szpitala do godz. 24:00 tego dnia, a za ostatni dzień hospitalizacji uważa się dzień wypisania ze szpitala.
 - 4.5. W przypadku uznania roszczenia łączna długość okresu, za którą Towarzystwo wypłaci świadczenie szpitalne z tytułu hospitalizacji w następstwie NW lub choroby, nie może przekroczyć 90 dni dla każdego roku obowiązywania umowy dodatkowej.
 - 4.6. Z zastrzeżeniem punktu 4.7. poniżej dzienne świadczenie szpitalne na wypadek hospitalizacji w następstwie NW lub choroby wypłacane jest po zakończeniu hospitalizacji.
 - 4.7. W przypadku hospitalizacji trwającej nieprzerwanie minimum 30 dni Współubezpieczony może zwrócić się do Towarzystwa z wnioskiem o wypłatę części dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu hospitalizacji w następstwie NW lub choroby.
5. **Świadczenie na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego**
 - 5.1. W przypadku operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Współubezpieczonemu świadczenie operacyjne określone w Liście Operacji Chirurgicznych jako procentowa wartość sumy ubezpieczenia na wypadek tego zdarzenia.
 - 5.2. Towarzystwo wypłaci Współubezpieczonemu świadczenie operacyjne tylko wtedy, gdy:
 - a) Współubezpieczony podlegał hospitalizacji i
 - b) operacja chirurgiczna Współubezpieczonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku Współubezpieczonego powstałego w okresie obowiązywania umowy dodatkowej lub
 - c) operacja chirurgiczna Współubezpieczonego jest następstwem choroby Współubezpieczonego, która została rozpoznana lub procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte, lub której leczenie rozpoczęło się po upływie 30 dni od daty wejścia w życie umowy dodatkowej i przed rocznicą umowy dodatkowej następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Współubezpieczonego 65. roku życia.
 - 5.3. W przypadku zgłoszenia więcej niż jednej operacji chirurgicznej, przeprowadzanej w okresie tej samej hospitalizacji, Towarzystwo wypłaci świadczenie operacyjne za każdą ze zgłoszonych operacji chirurgicznych wskazanych w Liście Operacji Chirurgicznych, z zastrzeżeniem punktu 5.4. poniżej.
 - 5.4. Łączna kwota świadczeń operacyjnych wypłaconych z tytułu operacji chirurgicznych, które zostały przeprowadzone w ciągu każdego roku obowiązywania umowy dodatkowej, nie może przekroczyć 100% podanej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia sumy ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego.
6. Wypłata świadczeń, o których mowa powyżej, nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w rozdziale Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa.
7. Wypłata świadczeń, o których mowa powyżej, zostanie dokonana pod warunkiem, że wszystkie składki należne z tytułu umowy dodatkowej zostały w całości opłacone zgodnie z zastrzeżeniem artykułu 10 punkt 2 b).
8. Wysokości świadczeń, o których mowa powyżej, są obliczane w oparciu o sumy ubezpieczenia obowiązujące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

ARTYKUŁ 4. SUMY UBEZPIECZENIA

Towarzystwo potwierdza na piśmie, w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu oraz Współubezpieczonemu wysokości obowiązujących sum ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Współubezpieczonego, hospitalizacji w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego oraz operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego.

ROZDZIAŁ III. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

ARTYKUŁ 5. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W celu ustalenia prawa Współubezpieczonego do świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu przez Współubezpieczonego dokumentów określonych poniżej:
 - a) w przypadku poważnego zachorowania Współubezpieczonego:
 - wniosku o wypłatę świadczenia – na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - kopii dokumentacji medycznej opisującej chorobę, wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie oraz zastosowane leczenie,
 - kopii dokumentu tożsamości Współubezpieczonego, potwierdzonej notarialnie za zgodność z oryginałem lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa albo jego uprawnionym przedstawicielstwie,
 - b) w przypadku hospitalizacji lub operacji chirurgicznej w następstwie NW lub choroby Współubezpieczonego:
 - 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 Współubezpieczony 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 Współubezpieczonego, 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)
- **poczta elektroniczna** – 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, 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 zasięgania 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 6. BADANIE LEKARSKIE

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Współubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, odpowiadającego warunkom *umowy dodatkowej*. *Współubezpieczony* zobowiązany jest 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 *Współubezpieczonego* 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 *Współubezpieczonego*.

ROZDZIAŁ IV. 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 *poważnego zachorowania, hospitalizacji* w następstwie *NW* lub *choroby* lub *operacji chirurgicznej* w następstwie *NW* lub *choroby* nie zostanie dokonana, jeżeli *poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu* lub *operacja* są spowodowane:

- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- wszelkimi fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi przed datą wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
- Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorób współistniejących z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
- zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (choroby z grupy F według międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
- próbą samobójczą *Współubezpieczonego*, samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę *Współubezpieczonego*, niezależnie od stanu poczytalności *Współubezpieczonego*,
- zaniechaniem poddania się *Współubezpieczonego* opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 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, substancji toksycznych oraz leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także z faktu pozostawiania przez *Współubezpieczonego* w stanie po spożyciu alkoholu, leków 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*,
- zdarzeniem związanym z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- wojną*, strajkiem albo odniesieniem obrażeń 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,
- pełnieniem 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,
- leczeniem lub operacją migdałków w okresie pierwszych 180 dni od daty wejścia w życie *umowy dodatkowej*,
- zawodowym i wyczynowym uprawianiem sportu*,
- uczestnictwem w *zawodach z użyciem pojazdów kołowych*, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- podróżą jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem *pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych*.

ROZDZIAŁ V. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, ZAWARCIE, KONTYNUACJA I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

ARTYKUŁ 8. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się w dacie 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. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

ARTYKUŁ 9. ZAWARCIE I KONTYNUACJA UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa* jest zawarta na okres 5 lat oraz następujący po nim okres karencji określony w *umowie podstawowej* i jest automatycznie przedłużana na kolejne 5-letnie okresy.
- Umowa dodatkowa* może być kontynuowana przez kolejne okresy z zastrzeżeniem, iż wysokość składki za *umowę dodatkową* i inne warunki tej *umowy dodatkowej* mogą ulec zmianie w stosunku do okresu poprzedzającego.
- W przypadku zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana, *Towarzystwo* powiadomi o tym *Ubezpieczającego* nie później niż 45 dni przed datą zakończenia 5-letniego okresu, na jaki została zawarta *umowa dodatkowa*.
- Opłacenie przez *Ubezpieczającego* składki za *umowę dodatkową* do końca okresu 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 dodatkowa* nie będzie kontynuowana i wygaśnie z końcem okresu karencji określonego w *umowie podstawowej*.
- Podwyższenie składki oraz świadczeń z tytułu indeksacji nie stanowi zmiany warunków, na jakich *umowa dodatkowa* może być kontynuowana.

ARTYKUŁ 10. WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

- 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*.

WAŻNE: W celu rezygnacji z umowy dodatkowej prosimy o powiadomienie o tym fakcie Towarzystwa i opłaceniu składki za Umowę pomniejszonej o składkę za tę umowę dodatkową.

2. *Umowa dodatkowa* wygasa, a obowiązek opłacania *składek* z jej tytułu ustaje w każdym z poniższych przypadków:
 - a) *umowa podstawowa* wygasła lub została rozwiązana, lub
 - b) 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
 - c) *Współubezpieczony* został w trakcie obowiązywania *umowy dodatkowej* uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności. Przez niepoczytalność rozumie się utratę przez *Współubezpieczonego* 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 *Współubezpieczonego*, lub
 - d) *Współubezpieczony* 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
 - e) w dniu odpowiadającym dacie wejścia w życie *umowy dodatkowej* następującym bezpośrednio po ukończeniu przez *Współubezpieczonego* 75. roku życia, niezależnie od tego, czy *umowa podstawowa* pozostaje w mocy po tym terminie.
3. W przypadkach określonych w punktach a), c) i d) powyżej *Towarzystwo* zwróci *Ubezpieczającemu* część *składki* za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wypłata świadczenia z tytułu *poważnego zachorowania Współubezpieczonego* skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej w tym zakresie.

ROZDZIAŁ VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ARTYKUŁ 11. INDEKSACJA

1. *Towarzystwo* może zaproponować w *rocznicę Umowy* podwyższenie *składki* oraz *sumy ubezpieczenia* z tytułu *umowy dodatkowej* o wskaźnik indeksacji określony w warunkach *umowy podstawowej*.
2. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do zawieszenia lub odmowy indeksacji w stosunku do całości lub części swojego portfela ubezpieczeniowego w dowolnym roku obrotowym w przypadku stwierdzenia ryzyka ubezpieczeniowego większego niż standardowe w dniu 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*.
4. *Umowa dodatkowa* może być indeksowana wtedy i tylko wtedy, gdy indeksowana jest *umowa podstawowa*.

ARTYKUŁ 12. UMOWA DODATKOWA JAKO CZĘŚĆ UMOWY

1. Warunki *umowy podstawowej*, oprócz postanowień dotyczących samobójstwa oraz możliwości postępowania w przypadku zaprzestania opłacania *składek* (wykup i ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli *OWU umowy podstawowej* zawierają takie zapisy), odnoszą się również do *umowy dodatkowej*, z następującymi wyjątkami:
 - a) bez względu na postanowienia *umowy podstawowej* dotyczące wieku *Współubezpieczonego* zawarcie *umowy dodatkowej* po ukończeniu przez *Współubezpieczonego* 61. roku życia jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań *Towarzystwa*, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych *składek* za *umowę dodatkową*,
 - b) *umowa dodatkowa* nie upoważnia do premii nadzwyczajnej/udziału w zysku.

ARTYKUŁ 13. REKLAMACJE I MEDIACJA

1. *Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy* może złożyć *reklamację*:
 - a) pisemnie na adres *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 *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 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 o przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

WAŻNE: 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 14. 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 NR 1 DO UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NW LUB CHOROBY WSPÓLUBEZPIECZONEGO

LISTA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

1. Niewydolność nerek

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

2. 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,
- 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,
- 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,
- wszystkie nowotwory w przebiegu zakażenia wirusem HIV.

3. Świeży zawał mięśnia sercowego

Martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem, potwierdzona przez:

- wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej trzech z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy kliniczne niedokrwienia,
 - zmiany w EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia (nowe zmiany odcinka ST-T lub nowy blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - nowe patologiczne załamki Q w EKG,
 - nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości lub nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych,lub
- zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), lub
- zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (CABG) – do wartości przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w połączeniu z nowymi patologicznymi załawkami Q lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w badaniu EKG, bądź z udokumentowaną angiograficznie niedrożnością nowego pomostu wieńcowego lub własnej tętnicy wieńcowej.

Termin świeży zawał serca nie obejmuje śmierci komórek mięśnia sercowego zaistniałej w przeszłości, a rozpoznanej w czasie późniejszym, jak również schorzeń/zabiegów przebiegających ze zmianami stężenia troponiny: uszkodzenia mechanicznego, niewydolności nerek, niewydolności serca, kardiowersji, ablacji, sepsy, zapalenia mięśnia sercowego lub guzów naciekających serce.

4. Udar mózgu

Ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej albo rezonansu magnetycznego. Za trwałe następstwa i objawy neurologiczne uważa się:

- porażenia i niedowłady kończyn,
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe,
- padaczkę poudarową,
- zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego,
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
- zaburzenia mowy,
- encefalopatie – zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu.

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej albo rezonansu magnetycznego.

Za udar mózgu nie uważa się natomiast:

- przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA),
- przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (PRIND),
- objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- udaru mózgu rozpoznanego, jako przebytego w przeszłości, na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- skutków choroby dekompresyjnej.

5. 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.

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

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. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych

Operacja mająca na celu korekcję zwężenia / niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) przy użyciu przeszczepów naczyniowych. Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową angioplastyka oraz wszystkie inne wewnątrznaczyniowe techniki udrażniania naczyń.

9. Przeszczep ważnych narządów

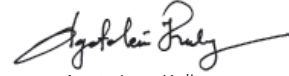
Leczenie operacyjne obejmujące:

- 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.

Warszawa, 27 marca 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA, HOSPITALIZACJI LUB OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NW LUB CHOROBY WSPÓLUBEZPIECZONEGO

LISTA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod	Traumatologia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
T001	operacja naprawcza złamania podstawy czaszki	75%
T002	operacja naprawcza pęknięcia kości czaszki	75%
T003	ewakuacja krwiaka śródczaszkowego	25%
T004	zespolecie kręgow kręgosłupa – odcinek szyjny	100%
T005	odbarczenie złamania kręgosłupa w dowolnym odcinku	75%
T006	stabilizacja wewnętrzna złamania kręgosłupa	75%
T007	usunięcie wypadniętego dysku	25%
T008	zamknięte złamanie obręczy barkowej lub kończyny górnej ustabilizowane płytką i śrubami	50%
T009	złamanie kości udowej ustabilizowane płytką i śrubami	50%
T010	całkowita endoproteza z plastyką stawu biodrowego	75%
T011	złamanie kończyny dolnej poniżej kolana wymagające otwarcia i zespolenia	50%
T012	złamanie kończyny górnej z nastawieniem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym	25%
T013	operacyjne nastawienie złamania szczęki	10%
T014	operacyjne nastawienie złamania żuchwy	10%
T015	uraz dłoni wymagający naprawy ścięgien	10%
T016	plastyka oczodołu – operacja naprawcza	50%

Kod	Chirurgia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
CH001	przeszczep nerki jako biorca	75%
CH002	przeszczep wątroby jako biorca	100%
CH003	częściowe wycięcie wątroby	100%
CH004	torbiel lub ropień wątroby wymagające operacyjnego usunięcia	50%
CH005	operacje naprawcze wątroby w wyniku urazu – zszycie	25%
CH006	cholecystektomia	50%
CH007	całkowite usunięcie trzustki	100%
CH008	wycięcie głowy trzustki	100%
CH009	częściowe wycięcie żołądka	25%
CH010	całkowite wycięcie żołądka	100%
CH011	całkowite wycięcie śledziony	25%
CH012	usunięcie grasicy	50%
CH013	strumektomia	50%
CH014	wycięcie odcinka jelita cienkiego	50%
CH015	wycięcie odcinka jelita grubego	75%
CH016	usunięcie wyrostka robaczkowego	25%
CH017	przepukliny brzuszne	50%
CH018	mastektomia	50%
CH019	rekonstrukcja piersi po mastektomii	50%
CH020	całkowite usunięcie płuca	100%
CH021	usunięcie jednego płata płuca	100%
CH022	operacja naprawcza pęknięcia przepony	50%
CH023	operacja pękniętego tętniaka aorty brzusznej wymagająca wszczepienia protezy	100%
CH024	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic miednicy	100%
CH025	zabiegi rekonstrukcyjne tętnic kończyn dolnych	50%
CH026	operacja zszycia tętnicy obwodowej	10%
CH027	mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	25%

Kod	Urologia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
U001	całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%
U002	częściowe usunięcie pęcherza moczowego	25%
U003	operacje endoskopowe układu moczowego wykonywane w celu usunięcia guza (guzów) pęcherza moczowego	25%
U004	usunięcie nerki	75%
U005	operacja naprawcza uszkodzeń mechanicznych nerki lub obu nerek	25%
U006	pourazowe usunięcie moczowodu	25%
U007	operacja naprawcza moczowodu	25%
U008	obustronne usunięcie jąder	25%
U009	usunięcie jądra	10%
U010	operacja wodniaka lub krwiaka jądra	10%
U011	usunięcie prostaty – gruczołu krokowego	25%
U012	pourazowa amputacja narządów płciowych zewnętrznych męskich	10%

Kod	Chirurgia cd. (Amputacje/replantacje)	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
A/R01	replantacja kończyny górnej po urazie	50%
A/R02	replantacja kończyny dolnej po urazie	50%
A/R03	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej powyżej stawu łokciowego	50%
A/R04	pourazowa amputacja kończyny górnej lewej lub prawej poniżej stawu łokciowego	25%
A/R05	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej powyżej stawu kolanowego	50%
A/R06	amputacja stopy lewej lub prawej powyżej stawu skokowego	25%
A/R07	pourazowa amputacja kończyny dolnej lewej lub prawej poniżej stawu kolanowego	50%
A/R08	całkowita amputacja palucha dużego stopy lewej lub prawej	10%
A/R09	amputacja totalna palców stopy lewej lub prawej na wysokości stawu śródstopno-paliczkowego	10%
A/R10	amputacja dłoni lewej lub prawej	25%
A/R11	całkowita amputacja kciuka dłoni lewej lub prawej	10%
A/R12	amputacja min. 3 palców dłoni lewej lub prawej	10%
A/R13	amputacja całkowita nosa	25%

Kod	Ginekologia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
G001	usunięcie obustronne jajników laparoskopowo	50%
G002	usunięcie obustronne jajników przez powłoki brzuszne	25%
G003	usunięcie macicy z przydatkami przez powłoki brzuszne	50%
G004	usunięcie macicy przez powłoki brzuszne bez przydatków	50%
G005	usunięcie macicy przezpochwowe	25%
G006	usunięcie szyjki macicy	25%
G007	operacja naprawcza krocza u kobiet – wypadanie macicy	25%

Kod	Kardiochirurgia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
K001	operacja naprawcza serca (zszycie mechanicznego uszkodzenia mięśnia sercowego)	100%
K002	przeszczep serca jako biorca	100%
K003	operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
K004	operacja naprawcza aorty	100%
K005	operacja rozwarstwiającego się tętniaka aorty wstępującej	100%
K006	wymiana zastawki mitralnej z powodu chorób nabytych	100%
K007	operacja pomostowania naczyń wieńcowych – by-pass	100%
K008	wszczepienie rozrusznika serca po raz pierwszy	50%

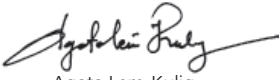
Kod	Laryngologia	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
L001	usunięcie krtani z powodu nowotworu złośliwego	50%
L002	radykałna operacja ucha	25%
L003	operacja naprawcza błony bębenkowej	10%
L004	operacja usunięcia ślinianki przyusznej lub podżuchwowej	25%
L005	plastyka małżowiny nosa – chirurgia odtwórcza po urazach	10%
L006	operacja plastyczna nosa po nieszczęśliwym wypadku	25%

Kod	Inne	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
I001	cekostomia – wyłonienie kątnicy	10%
I002	ileostomia – przetoka jelita krętego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%
I003	jejunostomia – przetoka jelita czczego po resekcji spowodowanej nowotworem złośliwym jelita	10%
I004	tracheostomia wykonana niezależnie od przyczyn	10%
I005	drenaż osierdzia	10%
I006	drenaż opłucnej	10%

Kod	Okulista	% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej (maksymalnie 100%)
O001	odklejenie siatkówki w początkowej fazie wymagające użycia lasera	25%
O002	enucleatio – usunięcie gałki ocznej	25%
O003	zszycie rogówki	10%
O004	usunięcie ciała obcego z gałki ocznej w znieczuleniu ogólnym	10%
O005	operacje mięśni oka	25%
O006	usunięcie zaćmy z wszczepieniem soczewki	10%
O007	wszczepienie protezy oka	25%

Warszawa, 27 marca 2017 roku


 Łukasz Kalinowski
 Prezes Zarządu Towarzystwa


 Agata Lem-Kulig
 Członek Zarządu Towarzystwa

NOTATKI:

Chętnie odpowiemy na wszystkie Państwa pytania,
jesteśmy do dyspozycji pod numerem telefonu:

+48 22 523 50 70

lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:

lifeinfo@metlife.pl

Po zawarciu Umowy zapraszamy również do korzystania
z portalu internetowego e-klient pod adresem:

www.eklientmetlife.pl

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU Z PRZEDSTAWICIELEM 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