

MetLife®

Ochrona MetLife Plus

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

z dnia 1 stycznia 2016 roku
kod warunków: WG16OMPL02



Zdobywca
Godła
2015

Firma
Przyjazna
Klientowi

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego – Umowa podstawowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie.....	3
--	---

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego – Umowy dodatkowe

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku.....	9
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	11
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	13
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	15
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	17
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku PAKIET RENTA.....	21
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	23
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	25
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy.....	27
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	29
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.....	31
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego	33
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby.....	35
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu	40
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	42
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	44
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	46
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	48
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Lekowego	50
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji	51
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	55
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera	58
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	59
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	61
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera	63
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu	68
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	70
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka	72
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	73
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	75
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Złamania lub Oparzenia u Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	77
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka	80
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu	83
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	85
Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie	87
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	89
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza	91
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor	93
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz.....	97
Załącznik nr 1 – Formy zgłaszania roszczeń i katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia	105
Załącznik nr 2 – Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych.....	108
Załącznik nr 3 – Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	121

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa podstawowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2, § 20, § 21
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 1 pkt 2, 4-8, 10-11, 16, 19, 23, 34, 36 § 19, § 27

Definicje § 1

Poniższe terminy użyte w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych oznaczać będą:

- Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26;
- Karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, określonego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych zakresem Umowy Ubezpieczenia będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa wraz z załącznikami stanowiącymi jego integralną część, w którym osoba uprawniona do ubezpieczenia oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego;
- Macocha:**
 - żona ojca Ubezpieczonego niebędąca matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego niebędąca matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, lub
 - żona ojca Małżonka Ubezpieczonego niebędąca matką Małżonka Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka Ubezpieczonego niebędąca matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, lub
 - żona ojca Partnera Ubezpieczonego niebędąca matką Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Partnera Ubezpieczonego niebędąca matką Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- Małżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- Niepoczytalność** – utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu;
- Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego lub odpowiednio u Współubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym. W rozumieniu niniejszej definicji za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zawału serca, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu oraz

wszelkich innych chorób lub infekcji występujących nagle z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia;

- Ojczym:**
 - mąż matki Ubezpieczonego niebędący ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego niebędący ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński, lub
 - mąż matki Małżonka Ubezpieczonego niebędący ojcem Małżonka Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka Ubezpieczonego niebędący ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński, lub
 - mąż matki Partnera Ubezpieczonego niebędący ojcem Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Partnera Ubezpieczonego niebędący ojcem Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- OWU** – ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie;
- Partner** – osoba niebędąca w związku małżeńskim, pozostająca z Pracownikiem w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Pracownikiem w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia, wskazana w Karcie Rejestracyjnej do objęcia ochroną ubezpieczeniową, przy czym zmiana wskazania Partnera przez Pracownika będzie skuteczna od dnia rocznicy Umowy Ubezpieczenia, następującej bezpośrednio po dniu, w którym oświadczenie Pracownika dotyczące zmiany Partnera zostało dostarczone do Towarzystwa. Jeśli Pracownik, pozostając w związku małżeńskim, wskazał do ubezpieczenia Partnera, takie wskazanie jest bezskuteczne;
- Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i, na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
- Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Pracownika, które ukończyło 18 rok życia;
- Poprzednie ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia grupowego:
 - zawarta przez Ubezpieczającego z innym zakładem ubezpieczeń,
 - zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz z tytułu której ochrona zakończyła się bezpośrednio przed objęciem ochroną z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

14. **Portal internetowy e-klient** – aplikacja internetowa umożliwiająca dostęp do usług i informacji o produktach oferowanych przez Towarzystwo;
15. **Pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub pozostająca z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym zaakceptowanym przez Towarzystwo, określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia;
16. **Rehabilitacja** – usprawienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych;
17. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności;
18. **Rocznica polisy** – wskazany w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia dzień roku kalendarzowego odpowiadający dacie wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia lub inny dzień ustalony przez Strony;
19. **Rodzic:**
 - a) matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Macochę Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyma Ubezpieczonego,
 - b) matka lub ojciec Małżonka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Macochę Małżonka Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyma Małżonka Ubezpieczonego,
 - c) matka lub ojciec Partnera Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Partnera Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Macochę Partnera Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Partnera Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyma Partnera Ubezpieczonego;
20. **Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszy 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
21. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia doręczany Ubezpieczającemu;
22. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonego zgodnie z Umową Ubezpieczenia;
23. **Świadczenie pracy** – wykonywanie pracy na rzecz Ubezpieczającego w miejscu zatrudnienia lub w miejscu wykonywania pracy wskazanym przez Ubezpieczającego. Pojęcie „świadczenie pracy” będzie odnosić się także do dni ustawowo lub regulaminowo wolnych od pracy, jeżeli Pracownik wykonywał pracę na rzecz Ubezpieczającego w dniu bezpośrednio je poprzedzającym, pod warunkiem że Pracownik nie był w tym dniu niezdolny do pracy;
24. **Termin wymagalności składki** – wskazany w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pierwszy dzień okresu, za który należna jest składka zgodnie z określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia trybem płatności;
25. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
26. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia grupowego;
27. **Ubezpieczony** – Pracownik objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia, a także Małżonek, Partner i Pełnoletnie dziecko Pracownika, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia tego Pracownika, o ile są uprawnieni do ubezpieczenia na podstawie Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia. Każda z osób uprawnionych do ubezpieczenia zobowiązana jest do złożenia Karty Rejestracyjnej. Jeżeli Ubezpieczonym jest Partner, postanowienia Ogólnych Warunków Umów dodatkowych dotyczące Małżonka odnoszą się do Pracownika;
28. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Towarzystwem na podstawie OWU;
29. **Umowa dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe;
30. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa podstawowa oraz Umowy dodatkowe;
31. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
32. **Uposażony zastępczy** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma wskazanego Uposażonego lub Uposażony nie żyje, lub utracił prawo do Świadczenia;
33. **Współubezpieczony** – osoba, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia na podstawie Umów dodatkowych. Współubezpieczonym w zależności od rodzaju Umowy dodatkowej jest:
 - a) Małżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego,
 - b) Dziecko Ubezpieczonego,
 - c) Rodzic Ubezpieczonego,
 - d) Rodzic Małżonka Ubezpieczonego,
 - e) Rodzic Partnera Ubezpieczonego;
34. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawody konne** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub ze-

spółowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, terenowego lub ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada, łodzi lub nart wodnych lub zawody konne;

35. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia, które zaistniało w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego,
36. **Zdolność ubezpieczeniowa** – spełnienie wszystkich warunków wymienionych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia wymaganych w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, lub zwiększenia wysokości ubezpieczenia.

Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia § 2

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego, życie lub zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego oraz gromadzenie oszczędności, jeżeli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
5. Zakres ubezpieczenia może obejmować wystąpienie innych zdarzeń, jeśli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
6. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia § 3

1. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie wniosku Ubezpieczającego.
2. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia z zastrzeżeniem ustępu 3 i 4.
3. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści:
 - a) wniosku Ubezpieczającego lub
 - b) OWU,
 Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
4. W przypadku określonym w ustępie poprzedzającym w punkcie a, jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od doręczenia Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie zgłosi sprzeciwu na piśmie, Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą następnego dnia po upływie terminu wskazanego w niniejszym ustępie.
5. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas określony – do końca pierwszego Roku Ubezpieczenia.
6. Umowa Ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile umowa nie zostanie rozwiązana przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami § 5 OWU lub o ile Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia, nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia lub propozycji przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach. Propozycja, o której mowa w zdaniu poprzednim, może zostać złożona przez Towarzystwo pisemnie lub w formie elektronicznej.
7. W przypadku złożenia przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 6, Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok Ubezpieczenia pod warunkiem doręczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego potwierdzenia najpóźniej w ostatnim dniu poprzedzającym kolejny Rok Ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia składki przez Ubezpieczającego w zaproponowanej przez Towarzystwo wysokości uznaje się, że Ubezpieczający zaakceptował propozycję przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
8. Jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia albo w terminie późniejszym w czasie trwania Umowy Ubezpieczenia mogą zostać zawarte Umowy dodatkowe na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i pod warunkiem zaakceptowania go przez Towarzystwo.
9. Zawarcie Umowy z Ubezpieczającym, który oświadczył, iż jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (zwaną dalej „PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu pisemnej zgody przez Zarząd, Członka Zarządu Towarzystwa lub osobę upoważnioną przez Zarząd.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia § 4

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym, w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy.
2. W takim przypadku Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę po potrąceniu jej części za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia § 5

1. Umowa Ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie przez Ubezpieczającego za pisemnym wypowiedzeniem ze skutkiem na koniec

- trzeciego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Umowa Ubezpieczenia została wypowiedziana.
2. Równocześnie z rozwiązaniem Umowy podstawowej ulegają rozwiązaniu wszelkie Umowy dodatkowe.

Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia

§ 6

1. Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia:
 - a) wymaga każdorazowo formy pisemnej pod rygorem nieważności,
 - b) wymaga dla swej skuteczności zgody Ubezpieczonego, jeżeli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego Ubezpieczający obowiązany jest do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 2 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

Zobowiązania Ubezpieczającego

§ 7

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do naliczania i przekazywania składki należnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz wypełniania innych obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczać Towarzystwu zgodnie z jego wymaganiami wszelkie informacje i dokumenty niezbędne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz do ustalenia praw Ubezpieczonego do Świadczenia. W szczególności jest zobowiązany sporządzić, bieżąco aktualizować i przesyłać Towarzystwu do końca każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej listę Ubezpieczonych i osób, których ubezpieczenie wygasło, oraz Karty Rejestracyjne złożone przez uprawnionych do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się przekazywać Towarzystwu dane Ubezpieczonego niezbędne do przesyłania korespondencji.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się udostępnić do wglądu Towarzystwa dokumenty znajdujące się w jego posiadaniu, mające znaczenie dla odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości składki.
5. Ubezpieczający w szczególności zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, przekazywać Towarzystwu oświadczenia składane za jego pośrednictwem przez Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie uprawnionej do ubezpieczenia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „Ochrona MetLife Plus” oraz Warunków Świadczeń Assistence (jeśli mają zastosowanie) przed wyrażeniem przez tę osobę zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości Świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, jeżeli wysokość tych Świadczeń ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, oraz o zmianie Świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po otrzymaniu takiej informacji od Towarzystwa.
8. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 7 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
9. Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania Towarzystwa w terminie 3 miesięcy przed rocznicą Umowy Ubezpieczenia o liczbie osób uprawnionych do ubezpieczenia zgodnie z kryterium uprawnienia wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
10. Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania Towarzystwa o zmianie formy prawnej, zakresu prowadzonej działalności oraz zmianie kraju siedziby w celu wykonania przez Towarzystwo obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
11. Ubezpieczający będący osobą fizyczną zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Towarzystwa o zajęciu lub zaprzestaniu zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Składka

§ 8

1. Ubezpieczający obowiązany jest do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
2. Składki należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia są płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu należnej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Składki płacone są w terminie i wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

4. W przypadku składek opłacanych w trybie innym niż miesięczny (kwartalny, półroczny, roczny) Towarzystwo udziela odpowiednich bonifikat.
5. Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przesyła w wersji elektronicznej i w formie wydruku wykaz zgodny z wymogami Towarzystwa, określający listę Ubezpieczonych oraz kwotę składki odprowadzonej na rzecz każdego z nich.

Prolongata na zapłacenie składki

§ 9

1. Dopuszczalny okres prolongaty na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 31 dni, licząc od Terminu wymagalności składki.
2. Okres prolongaty, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy pierwszej składki, której Termin wymagalności przypada na dzień wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
3. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej i zawartych Umów dodatkowych.
4. W okresie prolongaty nie nalicza się odsetek za zwłokę.
5. W przypadku nieopłacenia składki przez Ubezpieczającego w Terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki w terminie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania.
6. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 5. W przypadku braku zapłaty składki do końca okresu określonego w ust. 5, za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową, Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę należną za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Obliczanie składek z tytułu ubezpieczenia na życie i Umów

dodatkowych

§ 10

1. Sporządzając Szczegółową Umowę Ubezpieczenia, Towarzystwo obliczy stawki wyrażone w promilach sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych (z wyjątkiem umów o charakterze inwestycyjnym).
2. Stawki za Umowę podstawową i każdą z Umów dodatkowych są określone przez Towarzystwo, przy uwzględnieniu liczby oraz struktury demograficznej Ubezpieczonych, rodzaju wykonywanej pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych, statystyk szkodowości, wyłączenia i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa oraz okresów Karencji i okresów odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Przed upływem każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo przeliczy stawki zgodnie z aktualnymi danymi Ubezpieczonych, określonymi w ust. 2. Tak przeliczone stawki będą obowiązywać w kolejnym Roku Ubezpieczenia.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, składka za Umowę podstawową i Umowy dodatkowe obliczana jest jako iloczyn sumy ubezpieczenia umowy i odpowiadającej jej stawki.
5. Składka należna za osoby przystępujące do ubezpieczenia z dniem innym niż Termin wymagalności składki zostanie rozliczona w najbliższym terminie płatności.

Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 11

1. Uprawnionym do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest Pracownik spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a) który ukończył 16 rok życia i nie ukończył 69 roku życia,
 - b) spełnia warunki uprawniające do objęcia ubezpieczeniem określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
 - c) w dniu podpisania Karty Rejestracyjnej świadczy pracę, w szczególności nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie bezpłatnym, wychowawczym, zasiłku rehabilitacyjnym oraz nie podlega hospitalizacji,
 - d) który udokumentuje Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 12 ust. 4;
2. W przypadku Pracowników zatrudnionych lub pozostających z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia nabycie uprawnienia do ubezpieczenia rozpoczyna się z tym dniem.
3. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, w przypadku Pracowników zatrudnianych przez Ubezpieczającego lub nawiązujących z Ubezpieczającym inny stosunek prawny po dniu wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia, dniem nabycia uprawnienia do ubezpieczenia jest pierwszy dzień miesiąca następujący po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 1 oraz z zastrzeżeniem, że osoby, które spełnią te warunki w pierwszym dniu miesiąca, nabywają uprawnienia do ubezpieczenia w tym dniu.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia tak przewiduje, uprawnionym do objęcia ochroną ubezpieczeniową może być także Małżonek lub Partner, lub Pełnoletnie dziecko Pracownika, spełniający wszystkie poniższe warunki:

- a) który ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia,
 - b) który udokumentuje Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 12 ust. 4,
 - c) nie jest uprawnionym Pracownikiem.
5. Małżonek Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po zawarciu związku małżeńskiego z Pracownikiem, lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po utracie uprawnienia jako Pracownik.
 6. Partner Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po utracie uprawnienia jako Pracownik.
 7. Pełnoletnie dziecko Pracownika nabywa uprawnienie do ubezpieczenia z dniem nabycia uprawnienia przez Pracownika lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po osiągnięciu pełnoletniości, lub z pierwszym dniem miesiąca następującym po utracie uprawnienia jako Pracownik.
 8. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają:
 - a) Pracownicy czasowo nieświadczący pracy na rzecz Ubezpieczającego. W stosunku do tych osób nabycie uprawnienia jest odroczone do czasu powrotu do świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia stanowi inaczej,
 - b) Małżonkowie, Partnerzy oraz Pełnoletnie dzieci Pracowników, którzy nie przystąpili do ubezpieczenia.

Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej § 12

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie Karty Rejestracyjnej z zastrzeżeniem, iż okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie może być dłuższy niż 60 dni – dla osób przystępujących do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia – oraz nie dłuższy niż 31 dni – dla osób przystępujących w terminie późniejszym. W przypadku, kiedy okres wymieniony w zdaniu poprzedzającym jest dłuższy niż odpowiednio 60 lub 31 dni, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do badania Zdolności ubezpieczeniowej.
2. O ile Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po:
 - a) dniu nabycia uprawnienia do ubezpieczenia wskazanym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób nabywających uprawnienie do ubezpieczenia w pierwszym dniu miesiąca ochrona ubezpieczeniowa może rozpocząć się z tym dniem, oraz podpisaniu Karty Rejestracyjnej, oraz
 - b) potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej, jeśli jest wymagana w związku z rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem opłacenia składki w Terminie jej wymagalności z uwzględnieniem postanowień § 9.
3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia Pracownika po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia do ubezpieczenia lub po uprzednim wygaśnięciu ubezpieczenia na skutek nieopłacenia należnych składek objęcie ubezpieczeniem następuje po dostarczeniu dokumentów potwierdzających Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z wymaganiami Towarzystwa. W takim przypadku termin rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie określony przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia określi wymagania dotyczące potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - a) zmiany zasad potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej w odniesieniu do osób nowo przystępujących w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia,
 - b) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - c) zaproponowania ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o ile Ubezpieczony wyrazi na nie zgodę.
6. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdej chwili, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa kończy się w terminie wskazanym w § 14 ust. 6. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy podstawowej jest równoznaczna z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umów dodatkowych.

Wymagania uczestnictwa § 13

1. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa minimalną liczebność grupy osób spełniających warunki uprawniające do objęcia ubezpieczeniem wymaganą do zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Jeżeli w ostatnim dniu pierwszego Roku Ubezpieczenia lub następnie w Terminach wymagalności kolejnych składek nie zostaną spełnione warunki przewidziane w ust. 1, Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający otrzymał od Towarzystwa zawiadomienie o niespełnieniu tych warunków.

Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej § 14

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Pracownikowi kończy się:

- a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) ukończenie 70 roku życia,
 - ii) ustanie zatrudnienia lub utrata uprawnienia do ubezpieczenia,
 - iii) rozpoczęcie urlopu bezpłatnego lub wychowawczego dłuższego niż jeden miesiąc,
 - iv) powołanie do pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych,
- b) z dniem śmierci Pracownika,
- c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Pracownika.

W przypadkach określonych w punkcie b i c Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Małżonkowi kończy się z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika lub:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) ukończenie 70 roku życia,
 - ii) rozwiązanie związku małżeńskiego,
 - b) z dniem śmierci Małżonka,
 - c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Małżonka.

W przypadkach określonych w punkcie b i c Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Partnerowi kończy się z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika lub:

- a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
 - i) ukończenie 70 roku życia,
 - ii) zawarcie związku małżeńskiego przez Pracownika z inną osobą niż Partner lub zawarcie związku małżeńskiego przez Partnera z inną osobą niż Pracownik,
- b) z dniem śmierci Partnera,
- c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Partnera.

W przypadkach określonych w punkcie b i c Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Pełnoletniemu dziecku kończy się:

- a) z dniem zakończenia ubezpieczenia Pracownika lub
- b) z dniem śmierci Pełnoletniego dziecka,
- c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy Pełnoletniego dziecka.

W przypadkach określonych w punkcie b i c Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

5. W przypadku nieopłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w terminie wskazanym w § 9 ust. 6.

6. Poza przypadkami wymienionymi w ust. 1, 2, 3 i 4 ochrona ubezpieczeniowa kończy się w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało pisemną informację o rezygnacji. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

7. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

8. W przypadku zakończenia urlopu bezpłatnego lub wychowawczego i powrotu do świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się na tych samych warunkach, jakie obowiązują w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia nowej osoby (termin przystąpienia, wymagania dotyczące potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej). Jeśli zgłoszenie do ubezpieczenia nastąpi w terminie miesiąca od daty powrotu do pracy po zakończeniu urlopu bezpłatnego lub wychowawczego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy, wówczas na potrzeby ustalenia okresów odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w Umowach dodatkowych (okresów Karencji) oraz stosowania wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku samobójstwa zgodnie z § 19 uwzględnia się okres ubezpieczenia sprzed urlopu.

Zmiany ochrony ubezpieczeniowej § 15

Grupy ubezpieczenia § 15a

1. Ochrona ubezpieczeniowa może być zróżnicowana pod względem zakresu i wysokości dla grup Pracowników. W takim przypadku Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa warunki uprawniające do przynależności do takich grup przez poszczególnych Pracowników.
2. Każdy Pracownik może być w tym samym czasie przypisany wyłącznie do jednej grupy ubezpieczenia.
3. Spełnienie warunków przynależności do innej grupy powoduje zmianę ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z przynależnością do nowej grupy od pierwszego dnia miesiąca następującego po pisemnym zgłoszeniu przez Ubezpieczającego zmiany uprawnienia Pracownika do grupy ubezpieczenia zgodnie z określonym kryterium i po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

- Jeżeli z przeniesieniem Pracownika do innej grupy ubezpieczenia wiąże się podwyższenie sumy ubezpieczenia, a Pracownik czasowo nie świadczy pracy w dniu wnioskowanej zmiany tej grupy (zgodnie z definicją świadczenia pracy), zmiana grupy ubezpieczenia jest odroczone do czasu jego powrotu do świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego. Jednak jeżeli powrót do świadczenia pracy nastąpi po upływie 31 dni od daty przeniesienia do nowej grupy lub wymagana wpłata składki nie zostanie dokonana zgodnie z nowymi warunkami, suma ubezpieczenia nie zostanie podwyższona.
- W przypadku wskazanym w ust. 4 Pracownik powinien dostarczyć dokumenty potwierdzające Zdolność ubezpieczeniową określone przez Towarzystwo.
- Jeżeli ubezpieczenie jest kontynuowane w stosunku do osoby czasowo nieświadczącej pracy (na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia), wysokość ochrony ubezpieczeniowej jest taka sama jak w ostatnim dniu świadczenia pracy.
- Jeżeli indywidualne sumy ubezpieczenia pojedynczych Ubezpieczonych nie są jednakowe, Towarzystwo wylicza przed rozpoczęciem każdego Roku Ubezpieczenia Graniczną Sumę Ubezpieczenia (GSU), poczynając od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia wyższa niż GSU oraz każda zmiana indywidualnej sumy ubezpieczenia powodująca przekroczenie GSU wejdzie w życie dopiero po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej i zaakceptowaniu wzrostu sumy ubezpieczenia przez Towarzystwo.

Warianty ubezpieczenia

§ 15b

- Ochrona ubezpieczeniowa może być zróżnicowana pod względem zakresu i wysokości w ramach różnych wariantów ubezpieczenia bez konieczności spełniania warunków uprawniających do przynależności do takich wariantów przez poszczególnych Ubezpieczonych. W takim przypadku Ubezpieczony ma prawo wyboru jednego z wariantów.
- Zmiana wariantu jest możliwa w rocznicę Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem dostarczenia do Towarzystwa w terminie 14 dni przed datą rocznicy pisemnej deklaracji Ubezpieczonego na druku Towarzystwa i potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Do zmiany wariantu ubezpieczenia skutkującej podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub zwiększeniem zakresu ubezpieczenia jest uprawniony wyłącznie Pracownik świadczący pracę w dniu podpisania deklaracji zmiany wariantu.

§ 15c

Towarzystwo każdorazowo będzie informować Ubezpieczającego na piśmie o akceptacji zwiększonej sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywać.

Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

§ 16

- Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa udzielana Pracownikowi wygasa z powodu:
 - ustania zatrudnienia,
 - utrąty uprawnienia do ubezpieczenia zgodnie z kryterium określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia
 i jeśli trwała nieprzerwanie przez nie mniej niż 6 miesięcy, to Pracownik ma możliwość zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie, bez udokumentowania zdolności do ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia nie wyższą niż wynikającą z Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 poniżej.
- Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na zasadach opisanych w ust. 1 nie ma zastosowania dla osób, które ukończyły 66 rok życia.
- Złożenie pisemnego wniosku Pracownika o dokonanie zamiany na indywidualną umowę ubezpieczenia na życie wraz z zapłatą pierwszej składki z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie powinny zostać dokonane w ciągu 60 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
- Indywidualna umowa ubezpieczenia na życie wejdzie w życie z datą wskazaną w tej umowie.
- Indywidualna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednej z form zaproponowanych przez Towarzystwo, a składka ubezpieczeniowa zostanie dostosowana do aktualnego wieku i klasy ryzyka w momencie wejścia w życie umowy ubezpieczenia indywidualnego.
- W przypadku śmierci Pracownika w okresie 31 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej, jeśli Pracownik był uprawniony do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu, a indywidualna umowa ubezpieczenia na życie nie została zawarta.
- W przypadku ponownego świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego nastąpi nie wcześniej niż po rozwiązaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia stanowiącej kontynuację wcześniejszego ubezpieczenia grupowego.

Uposażony

§ 17

- Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do samodzielnego wskazania i zmiany Uposażonego.
- Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego, pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
- Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w Świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części Świadczenia przysługującego im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego zastępczego lub gdy żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać Uposażonemu zastępczemu. Postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego zastępczego lub gdy żaden z Uposażonych zastępczych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - małżonkowi,
 - w przypadku braku małżonka – dzieciom własnym lub przysposobionym Ubezpieczonego w równych częściach,
 - w przypadku braku małżonka i dzieci – rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach,
 - w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców – spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym aktem poświadczenia dziedziczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony i Uposażony utracili życie podczas grożącego im wspólnie niebezpieczeństwa i na podstawie zgromadzonej dokumentacji nie można ustalić dokładnej chwili śmierci każdego z nich, domniemywa się, że zmarli jednocześnie. W przypadku gdy zgony nastąpiły równocześnie, uznaje się, że Uposażony nie dożył chwili śmierci Ubezpieczonego.
- Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu śmierci Ubezpieczonego jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do Świadczenia, to prawo do części Świadczenia przysługującego temu Uposażonemu przechodzi na pozostałych Uposażonych, przy zachowaniu proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego. Postanowienia opisane w zdaniu poprzedzającym mają odpowiednie zastosowanie do Uposażonych zastępczych.

Waluta

§ 18

Wszystkie składki i Świadczenia są płacone w polskich złotych.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 19

Samobójstwo

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w ciągu 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Ryzyko wojenne

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej ani z tytułu Umów dodatkowych (z wyjątkiem Umów dodatkowych o charakterze inwestycyjnym) nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku jego aktywnego udziału w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrocie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia lub ogłoszenie lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny.

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie

§ 20

- W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie równe określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia.
- Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 21.

Wypłata Świadczeń

§ 21

- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
- Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie siedmiu dni prześle osobie zgłaszającej roszczenie niezbędne formularze lub informacje w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo.

3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
5. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zbadania okoliczności śmierci, w tym wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych oraz weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do Świadczenia i zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
6. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
7. Inne Świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu, natomiast w przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu, zostaną wypłacone jego spadkobiercom.
8. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie z Umowy podstawowej, łącznie ze Świadczeniami należnymi z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
9. Jeżeli osoba uprawniona do Świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.

Podatki § 22

1. Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego.
2. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 361, j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 851, j.t. z późn. zm.).

Reklamacje § 23

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć Reklamację:
 - a) pisemnie na adres siedziby Towarzystwa: MetLife TUnŻIR SA, 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 ust. 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 ust. 2 odpowiedź zostanie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego Reklamację, wskazując przyczynę opóźnienia, okoliczności, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywany czas udzielenia odpowiedzi.

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 SA” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia może zwrócić się w sprawie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

Prawo właściwe, właściwość sądów, sprawozdania § 24

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia 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 Ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
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.

Postanowienia kolizyjne § 25

Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami OWU lub Warunków Umów dodatkowych rozstrzyga Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Postanowienia dodatkowe § 26

1. W Umowie Ubezpieczenia, która przewiduje, że składki finansowane są całkowicie lub częściowo przez Ubezpieczającego, stosuje się postanowienia określone w ust. 2 i 3.
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie jest Ubezpieczający.
3. Umowa Ubezpieczenia, w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto, wyklucza:
 - a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od Umowy,
 - b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w Umowie.

Skutki zatajenia informacji § 27

Towarzystwo będzie zwolnione z odpowiedzialności w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie trzech lat od rozpoczęcia udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łyżwi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej i

- 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Niezszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

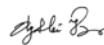
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd lub Środek transportu publicznego będący w ruchu.
- Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby Umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe.
- Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzki lub nart wodnych lub zawodach konnych,

5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i

2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, i

3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.

2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

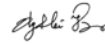
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego oraz który wystąpił w czasie, kiedy Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy lub który wystąpił w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Za Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
6. nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.
- 7.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i

- 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

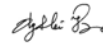
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych

POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub złamanie niepowodujące trwałej straty funkcji kończyny.
- Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się

od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzki lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia okre-

ślonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. W przypadku Złamania kości niepowodującego straty funkcji organizmu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez wskaźnik określony w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że Nieszczęśliwy Wypadek wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego oraz bezpośrednią i wyłączną przyczyną Złamania był Nieszczęśliwy Wypadek.
 3. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
 4. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia

§ 7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn bądź Złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego uprzednio.
3. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Ubezpieczonego, w przypadku Uszczerbku na Zdrowiu lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Uszczerbku na Zdrowiu prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed tym zdarzeniem.
5. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na Zdrowiu.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela Świadczeń

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
- Częściowe i Trwałe Inwalidztwo** – fizyczna, nieodwracalna strata funkcji narządu, układu lub kończyny.
- Tabela Świadczeń** – tabela świadczeń określająca rodzaj inwalidztwa oraz odpowiadającą mu wysokość Świadczenia wyrażoną jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

- Całkowite i Trwałe Inwalidztwo

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia zgodnie z Tabelą Świadczeń, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostaje całkowitym i trwałym, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Częściowe i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
 3. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
 4. Wypłata Świadczenia z tytułu Częściowego i Trwałego Inwalidztwa nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia na życie.
 5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia po-

woduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.

6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia

§ 7

1. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
2. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu, układu lub kończyny, Świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu, układu lub kończyny.
3. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Ubezpieczonego, w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w Tabeli Świadczeń należne za lewą kończynę górną.
5. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź straty funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej części sumy ubezpieczenia określone w Tabeli Świadczeń zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
6. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w Tabeli Świadczeń zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
7. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Całkowitego i Trwałego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

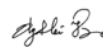
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Całkowite i Trwale Inwalidztwo	Wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
	Całkowita utrata wzroku w obojgu oczach	100
Całkowita strata obu rąk lub obu dłoni	100	
Całkowita głuchota, spowodowana urazem	100	
Utrata dolnej szczęki	100	
Całkowita utrata mowy	100	
Całkowita strata jednej ręki i jednej nogi	100	
Całkowita strata jednej ręki i jednej stopy	100	
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy	100	
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi	100	
Całkowita strata obu nóg	100	
Całkowita strata obu stóp	100	
Częściowe i Trwale Inwalidztwo	Wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
	Strata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości na powierzchni 6 cm ² na powierzchni od 3 do 6 cm ² na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	40 20 10
Częściowa utrata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej	40	
Całkowita strata jednego oka	40	
Całkowita głuchota jednego ucha	30	
Kończyny Górne	Wysokość Świadczenia w % sumy ubezpieczenia	
		Prawa strona
Strata jednej ręki lub jednej dłoni	60	50
Znaczna strata tkanki kostnej ręki (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	50	40
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)	65	55
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20	15
Zesztywnienie barku	40	30
Zesztywnienie łokcia – w położeniu korzystnym (90° +/- 15°) – w położeniu niekorzystnym	25 40	20 35
Rozległa strata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	40	30
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego	45	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40	35
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia	30	25

Całkowite porażenie nerwu promieniowego dłoni	20	15
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	30	25
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprostowanym i z dłonią w dół)	20	15
Zesztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym (zgiętym, z napięciem wyprostowanym lub z dłonią w górę)	30	25
Całkowita strata kciuka	20	15
Częściowa strata kciuka (człon paznokciowy)	10	5
Całkowite zesztywnienie kciuka	20	15
Całkowita amputacja palca wskazującego	15	10
Całkowita strata dwóch członów palca wskazującego	10	8
Całkowita strata członu paznokciowego palca wskazującego	5	3
Jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
Całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
Całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
Całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
Całkowita strata czterech palców włącznie z kciukiem	45	40
Całkowita strata czterech palców	40	35
Całkowita strata palca środkowego	10	8
Całkowita strata palca innego niż kciuk, palec wskazujący lub środkowy	7	3
Zesztywnienie palców rąk (z wyjątkiem kciuka i palca wskazującego) uprawnia do 50% świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.		

Kończyny dolne	Prawa lub lewa strona
Całkowita strata uda (górnej połowy)	60
Całkowita strata uda (dolnej połowy) i podudzia	50
Całkowita strata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)	45
Częściowa strata stopy (amputacja w stawie skokowym)	40
Częściowa strata stopy (amputacja w środkowej części stępu)	35
Częściowa strata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)	30
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)	60
Pełne porażenie zewnętrznego nerwu podkolanowego	30
Pełne porażenie wewnętrznego nerwu kulszowo-podkolanowego	20

Pełne porażenie nerwu kulszowo-podkolanowego (zewnątrznego i wewnętrznego)	40
Zesztywnienie stawu biodrowego	40
Zesztywnienie stawu kolanowego	20
Strata tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)	60
Strata tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunięciem fragmentów i dużym utrudnieniem ruchów przy wyprostowanym podudziu	40
Strata tkanki kostnej rzepki z zachowaniem możliwości ruchów	20
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm	30
Skrócenie kończyny dolnej o 3 do 5 cm	20

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Skrócenie kończyny dolnej o 1 do 3 cm	10
Całkowita amputacja wszystkich palców stóp	25
Amputacja czterech palców stóp włącznie z dużym palcem	20
Całkowita strata czterech palców stóp	10
Całkowita strata dużego palca	10
Całkowita strata dwóch palców stóp	5
Amputacja jednego palca stopy innego niż duży palec	3
Zesztywnienie palców nóg (z wyjątkiem palucha) uprawnia do 50% świadczenia należnego w przypadku straty danych palców.	

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Pakiet Renta

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6, § 7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Pakiet Renta (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego oraz Małżonka lub Partnera, jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenie oznacza:

Trwałe Inwalidztwo – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera ustalone na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu, układu lub kończyny.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałe Inwalidztwo Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa:
 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Małżonka,
 - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Partner kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Partnera,
 - z dniem, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia opisanego w § 6 ust. 1 lub ust. 2 w odniesieniu do Ubezpieczonego lub Małżonka, lub Partnera,
 - jeśli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner został w trakcie trwania Umowy dodatkowej uznany za Niepoczytalnego – z dniem powstania stanu Niepoczytalności.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, które spowodowały Trwałe Inwalidztwo, powstały w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera,
 - lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego.

Wypłata Świadczeń § 6

- Jednorazowe Świadczenie
 - Jeżeli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - Ubezpieczony, Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, i
 - fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała, i
 - Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera trwało nieprzerwanie przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
 - Wysokość jednorazowego Świadczenia jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - Wypłata jednorazowego Świadczenia nastąpi po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa.
- Miesięczne Świadczenie
 - Jeżeli Ubezpieczony, Małżonek lub Partner dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie w przypadku, gdy:
 - Ubezpieczony, Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera, i
 - fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i

- bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała, i
 - Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera trwało nieprzerwanie przez sześć (6) kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
- Wysokość miesięcznego Świadczenia oraz okres jego wypłaty są określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa, i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.
 - Miesięczne Świadczenie na pisemny wniosek Ubezpieczonego może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych Świadczeń miesięcznych.
 - W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne Świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych Świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo jego spadkobiercom.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

- Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, z zastrzeżeniem, iż Trwałe Inwalidztwo ustalone w oparciu o tę tabelę nie może być mniejsze niż 50%. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do wystąpienia obrażeń w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty uszczerbku odpowiadające poszczególnym narzodom, układom lub kończynom zgodnie z „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”.
- W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do Świadczenia będzie przysługiwało w przypadku, kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego Inwalidztwa zgodnie z § 2 Warunków.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego, Małżonka lub Partnera przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego Warunkom. Ubezpieczony, Małżonek lub Partner jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią Warunków. Wszelkie Świadczenia należne z tytułu Umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Čłonek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6, § 7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-3, § 5

POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
- zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
- uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej odpowiedzialność

Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
4. poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
5. świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich,
7. choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej lub leczonej przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli zawał serca był rozpoznany u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
8. zaburzeń krążenia mózgowego rozpoznanych lub leczonych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli udar wystąpił u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru nastąpiły w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,

- b) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
- c) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 30 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udar.

2. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w ramach Poprzedniego ubezpieczenia, wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 pkt 7 oraz § 5 pkt 8 nie mają zastosowania. W takim przypadku, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, a przyczyną tego zdarzenia była choroba Ubezpieczonego rozpoznana lub leczona przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej, a po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w Poprzednim ubezpieczeniu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- świadczenia wynikającego z Poprzedniego ubezpieczenia albo
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakres ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w Poprzednim ubezpieczeniu. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

3. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6, § 7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-3, § 5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwale i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,

c) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.

Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
- zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- przemijające niedokrwienie mózgu,
- uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

- Uszczerbek na zdrowiu** – trwale, nierokujące poprawy uszkodzenie danego narządu lub układu, polegające na upośledzeniu lub utracie jego funkcji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień

do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpiezonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpiezonego,
2. usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpiezonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
4. poddania się przez Ubezpiezonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
6. świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich,
7. choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej lub leczonej przed datą objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli zawał serca był rozpoznany u Ubezpiezonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
8. zaburzeń krążenia mózgowego rozpoznanych lub leczonych przed datą objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli udar wystąpił u Ubezpiezonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że
 - a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar nastąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego,
 - b) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpiezonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
 - c) upośledzenie lub utrata funkcji narządu lub układu zostały potwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udar, oraz
 - d) Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Zawału mięśnia sercowego lub Udar.
2. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w ramach Poprzedniego ubezpieczenia, wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 pkt 7 oraz § 5 pkt 8 nie mają zastosowania. W takim przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu Zawału mięśnia sercowego lub Udar skutkującego Uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpiezonego wystąpiło w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego, a przyczyną tego zdarzenia była choroba rozpoznana lub leczona przed datą objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,

a po dacie objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru w Poprzednim ubezpieczeniu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w Poprzednim ubezpieczeniu albo
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakresem ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie Umowy dodatkowej na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia Poprzedniego ubezpieczenia.
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
3. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na zdrowiu.
 4. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona przez lekarza powołanego przez Towarzystwo na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru”, która stanowi Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego „Ochrona MetLife Plus”.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpiezonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia § 7

1. Za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez jeden i ten sam Zawał mięśnia sercowego lub jeden Udar może być przyznane maksymalnie 100% uszczerbku na zdrowiu.
2. Ubezpieczonemu przysługuje jedno Świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Zawał mięśnia sercowego i jedno Świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Udar.
3. W przypadku uszkodzenia narządu lub układu, który przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem był uszkodzony na skutek samej choroby lub przebytego urazu, w obrębie którego powstał Uszczerbek na zdrowiu, procent uszczerbku ustala się poprzez proporcjonalne zmniejszenie, biorąc pod uwagę stan danego narządu lub układu przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem i stan istniejący po Zawałe mięśnia sercowego lub Udarze.
4. Po ustaleniu przez Towarzystwo procentu Uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpiezonego nie ma wpływu na zmianę wysokości wypłaconego Świadczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpiezonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Čłonek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Niezdolność do Pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się

od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do Pracy została spowodowana w wyniku:

- Choroby, jeśli procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było zalecone lub prowadzone w ciągu 5 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
- Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- wszelkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwic (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10),
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łyżki lub nart wodnych lub zawodach konnych,

Wypłata Świadczeń § 6

- Niezdolność do Pracy na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała zostały potwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 2. Niezdolność do Pracy na skutek Choroby.
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Choroba będąca przyczyną Niezdolności do Pracy została rozpoznana po raz pierwszy w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 3. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
 4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
- Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

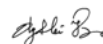
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

Niezdolność do Pracy – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy do-

datkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łyżwi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczę-

- śliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
- b) fizyczne obrażenia ciała zostały potwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnię-

- cie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
- 3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
 - 4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy** – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego oraz wystąpił w czasie, kiedy Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy, lub który wystąpił w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Za Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.
- Niezdolność do Pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczaniem i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub

- innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
6. nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - b) fizyczne obrażenia ciała zostały potwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała, i

- d) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Niezdolności do Pracy.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

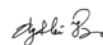
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-3, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Leczenia Specjalistycznego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska powodującego zaburzenia rytmu serca.
2. **Chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków chemioterapeutycznych wg klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.
3. **Dializoterapia** – leczenie ostrej i przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej jednego miesiąca.
4. **Kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepione Ubezpieczonemu, który ma poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia.
5. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
6. **Rozrusznik serca** (stymulator serca/kardiostymulator) – urządzenie elektroniczne służące do pobudzenia rytmu serca, wszczepiane do ciała Ubezpieczonego.
7. **Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.

8. **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymieniona w § 3 zastosowana w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest zastosowanie wobec Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej Leczenia specjalistycznego:

1. Ablacji,
2. Chemioterapii albo Radioterapii,
3. Dializoterapii,
4. wszczepienia Kardiowertera/defibrylatora,
5. wszczepienia Rozrusznika serca,
6. Terapii interferonowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika z:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
4. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
5. działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
6. choroby, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego w okresie 5 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
7. Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
8. niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
9. poddania się eksperymentowi medycznemu,
10. leczenia nowotworów współistniejących z HIV.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy dodatkowej w dniu:

- a) podania pierwszej dawki leku w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej,
 - b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku Radioterapii,
 - c) wszczepienia po raz pierwszy Kardiowertera/defibrylatora, Rozrusznika serca, wykonania pierwszej Ablacji,
 - d) pierwszej dializy w przypadku Dializoterapii.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje Leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
 3. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego zarówno Radioterapii, jak i Chemioterapii Towarzystwo wypłaca tylko jedno Świadczenie, o ile oba te leczenia spowodowane są tą samą jednostką chorobową lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych Leczeń specjalistycznych.
 4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia na życie. W przypadku zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - Leczenia specjalistycznego, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz
 - Leczenia specjalistycznego pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z Leczeniem specjalistycznym, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.


Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 1 ust. 3, § 2, § 4 ust. 2-3, § 5

Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego w jednym z trzech dostępnych Wariantów:
Wariant I albo
Wariant II, albo
Wariant III,
przy czym Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa Wariant Umowy dodatkowej obowiązujący dla danej Umowy Ubezpieczenia.
3. Postanowienia Warunków odnoszące się do zdarzeń wymienionych w § 2 nieobjętych zakresem ubezpieczenia w ramach Wariantu obowiązującego dla danej Umowy Ubezpieczenia nie mają zastosowania.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Poniższe określenia oznaczają:

1. **rak** – guz złośliwy, potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki *in-situ*, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
2. **zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:

- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - c) stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - d) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii;
3. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebiecie, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszczepu balonowego i innych technik nieoperacyjnych;
 4. **udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - b) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
 5. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebieciem przeszczepu nerki;

6. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego;
7. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo;
8. **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie;
9. **poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regulą dziewiątek” mapy powierzchni ciała;
10. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych muszą być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdy powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka;
11. **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozszaniach ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie choroby musi spełniać jednocześnie wszystkie poniżej wymienione warunki:
 - a) jednoznaczna diagnoza postawiona przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzona uwidocznieniem co najmniej dwóch ognisk demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego w badaniach obrazowych,
 - b) stan kliniczny chorego odpowiada co najmniej 3 stopniowi Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS),
 - c) medyczna dokumentacja potwierdza wystąpienie co najmniej jednego rzutu choroby, to jest zaostrzenia i remisji stwierdzonych ubytków neurologicznych;
12. **operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa;
13. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i progę słyszenia;
14. **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu albo choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i kwadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów;
15. **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy;
16. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
 - a) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - b) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
 - c) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę-neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
 Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) torbiele,
 - b) ziarniniaki,
 - c) malformacje naczyniowe,
 - d) krwaki,
 - e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego;
17. **operacja aorty** – przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszną bez odgałęzień;
18. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
 - a) choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne’a, Becker’a, kończynowo-obrzęzowa, miotoniczna, dystrofia twardowo-łopatkowo-ramienna, oczno-gardłowa i
 - b) stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
19. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** – zwięźlenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych;
20. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) martwica obejmująca całe zraziki,
 - b) nagle zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - c) nagle pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - d) narastająca żółtaczka;
21. **pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i
 - b) potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca;
22. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która wg wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna spowodowana infekcją wirusem HIV;
23. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
 - a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniejsze niż 55 mm Hg),
 - d) występowanie duszności spoczynkowej.
 Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa;
24. **choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
25. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
26. **niedokrwiłość aplastyczna** – przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwiłość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
 - a) przetoczenia produktów krwiopochodnych,
 - b) czynników stymulujących szpik kostny,
 - c) immunosupresji,
 - d) przeszczepu szpiku kostnego;
27. **przeżytkowa interwencja wieńcowa (PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca, polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przeżyciu poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzanych do naczynia;
28. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi, potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie;
29. **poważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym, stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki oraz niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn;
30. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymywać się przez co najmniej 6 tygodni. Poważsze rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
 - a) obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym, i
 - b) konsultanta neurologa.
 Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane infekcją wirusem HIV;
31. **niezdolność do samodzielnego egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnego egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej „Czynności życia codziennego” nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuję nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej;
32. **toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach Umowy dodatkowej toczeń rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek

- (klasy III-V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa. Klasyfikacja WHO toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:
- Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne
 Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium
 Klasa III. Ogniskowe, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych
 Klasa IV. Rozlane, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych
 Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych
 Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem;
33. **zespół apaliczny** – uogólniona, trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną;
34. **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwające ponad 6 miesięcy i potwierdzone dodatnim wynikiem HBV (lub HCV) RNA PCR oraz cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby w badaniu biopsyjnym wątroby;
35. **choroba Leśniowskiego–Crohna** – jednoznaczne rozpoznanie w okresie ochrony i potwierdzenie histopatologiczne przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do ziarninowania. Do uznania Świadczenia konieczne jest potwierdzenie przedziurawienia jelita, przetoki lub niedrożności jelitowej, lub innej przyczyny leczenia operacyjnego;
36. **choroba Alzheimerera** – rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby Alzheimerera lub trwałego otępienia innego rodzaju – przewlekłej, postępującej choroby organicznej ośrodkowego układu nerwowego z istotnym deficytem sprawności intelektualnej, z upośledzeniem pamięci, funkcji poznawczych, z zaburzeniami osobowości, nastroju, osądu i myślenia abstrakcyjnego, z koniecznością stałej opieki lub nadzoru nad Ubezpieczonym. Zakres ochrony nie obejmuje demencji wtórnej od nadużywania alkoholu lub leków, AIDS;
37. **przewlekła niewydolność wątroby** – schyłkowa niewydolność wątroby w występowaniu klinicznych objawów przewlekłej niewydolności miąższu wątroby występujących łącznie z:
- utrwaloną żółtaczką,
 - wodobrzuszem,
 - encefalopatią wątrobową.
- Ochrona nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożycia alkoholu lub zatrucia lekami, środkami chemicznymi;
38. **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – rozpoznanie po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wrzodziejącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie;
39. **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – powikłanie przetoczenia krwi wykonanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechirurgującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną;
40. **zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego** – zakażenie HIV w następstwie wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną;
41. **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego;
42. **tężec** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania postaci uogólnionej ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez neurotoksynę produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*);
43. **wścieklizna** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez wirus wścieklizny (*Rabies virus*);
44. **borelioza** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznie rozpoznanej krętkowicy (*Borrelia burgdorferi*) przenoszonej przez kleszcze, przebiegającej z różnorodnymi objawami narządowymi oraz potwierdzonej swoistymi badaniami immunologicznymi;
45. **choroba Creutzfeldta–Jacoba** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta–Jacoba, charakteryzującej się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkującej trwałym ubytkiem neurologicznym uniemożliwiającym wykonanie co najmniej trzech z pięciu „czynności życia codziennego”;
46. **gruźlica** – leczenie przeciwpłatkowe z powodu potwierdzonej bakteriologicznie lub histologicznie choroby zakaźnej wywołanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub innych narządów;
47. **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – leczenie operacyjne w trybie pilnym z powodu masywnego zatoru tętnicy płucnej potwierdzonego jednoznacznie w dokumentacji medycznej;
48. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV;
49. **czynności życia codziennego:**
- poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby;
 - kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowanie higieny osobistej;
 - ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się;
 - korzystanie z toalety – zdolność do udania się do i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny;
 - jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest:

- W Wariancie I: rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17.
- W Wariancie II: rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 i 27.
- W Wariancie III: rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożycia alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
 - AIDS (wyłączenie nie ma zastosowania dla zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 2 pkt 39 i 40),
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w okresie 5 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 lub 47 przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wyłączeniami:

Punkt z § 2	A. Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	B. Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 – dotyczy chorób pozostających zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem wymienionym w pkt A
1	Rak	1, 6, 16, 22
2	Zawał mięśnia sercowego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
3	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
4	Udar	2-4, 6, 8, 10, 12, 16-17, 19, 22, 27, 31
5	Niewydolność nerek	5, 6
6	Przeszczepienie narządu	1, 5, 6, 8, 22, 31
7	Utrata wzroku	7, 16
8	Śpiączka	4, 7, 8, 10, 16, 22, 31
9	Poważne oparzenie	9
10	Utrata mowy	4, 8, 10, 16
11	Stwardnienie rozsiane	7, 8, 11, 22, 31
12	Operacja zastawek serca	2-4, 6, 8, 12, 17, 19, 27
13	Utrata słuchu	13
14	Paraliż	14, 22, 31
15	Utrata kończyn	15
16	Łagodny guz mózgu	1, 4, 7, 8, 10, 16
17	Operacja aorty	2-4, 12, 17, 19, 27
18	Dystrofia mięśniowa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
20	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	6, 20, 22, 31
21	Pierwotne nadciśnienie płucne	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
22	Choroba nieuleczalna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
23	Schyłkowa niewydolność płuc	6, 21, 22, 23, 31
24	Choroba neuronu ruchowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
25	Choroba Parkinsona	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
26	Niedokrwistość aplastyczna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
27	Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
28	Zapalenie mózgu	8, 14, 22, 28, 30, 31
29	Poważny uraz głowy	4, 7, 8, 10, 13, 14, 22, 24, 29, 31
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	8, 14, 22, 28, 30, 31
31	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
32	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
33	Zespół apaliczny	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	6, 8, 20, 34, 37

35	Choroba Leśniowskiego–Crohna	35, 38
36	Choroba Alzheimera	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
37	Przewlekła niewydolność wątroby	6, 8, 34, 37
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	35, 38
39	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
40	Zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
41	Sepsa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
42	Tężec	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
43	Wścieklizna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
44	Borelioza	28, 30, 44, 45
45	Choroba Creutzfelda–Jacoba	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
46	Gruźlica	23, 41, 46
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	4, 5, 8, 10, 14, 23, 31, 47

Wyplata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, za wyjątkiem groźnych chorób wymienionych poniżej, w przypadku których Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z poniższą tabelą.

Punkt z § 2	Groźna choroba	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	50%
27	Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)	10%
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	25%
35	Choroba Leśniowskiego–Crohna	50%
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	50%
44	Borelioza	50%
46	Gruźlica	50%
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	50%

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - 1) rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub
 - 2) zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.
3. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia, w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem na wypadek groźnej choroby w ramach Poprzedniego ubezpieczenia wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa wymienione w § 5 ust. 1 pkt 7 oraz pkt 8 nie mają zastosowania, jeśli groźna choroba wymieniona w § 2 została rozpoznana w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego lub leczenie operacyjne wymienione w § 2 zostało przeprowadzone w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, zaś przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, a po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby w Poprzednim ubezpieczeniu Ubezpieczony otrzymał zalecenie leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w związku z groźną chorobą lub leczeniem operacyjnym. Towarzystwo wypłaci Świadczenie tylko za te jednostki chorobowe oraz operacje, które były objęte zakresem Poprzedniego ubezpieczenia i są objęte zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej, w wysokości niższej z następujących świadczeń:

- świadczenia wynikającego z Poprzedniego ubezpieczenia albo
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakresem wystąpienie danej groźnej choroby zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie groźnej choroby w Poprzednim ubezpieczeniu. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.

Ponadto:

- zakres ubezpieczenia nie obejmuje chorób, które rozpoznano, oraz operacji, które wykonano przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, oraz dodatkowo nie obejmuje innych zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie za każdą z groźnych chorób wymienionych w § 2.

5. W przypadku przeszskórnej interwencji wieńcowej (PCI) Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Ubezpieczonego. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych świadczeń z tego tytułu. Wypłata Świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia Ubezpieczonego w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z przeszskórną interwencją wieńcową, zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
6. W przypadku wypłaty Świadczenia w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 1, w zakresie chorób pozostających w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z tytułu którego wypłacone zostało Świadczenie, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2, jednak nie więcej niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
7. W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
8. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany per-

sonel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
 2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
 4. Rehabilitacją,
 5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
 6. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 7. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
 9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
 10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
 12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
- i) jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała, lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
- 2) Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
 - 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
 - 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

Wyplata Świadczeń § 6

1. Świadczenie szpitalne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
- 2) Świadczenie rekonwalescencyjne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony pozostaje w sanatorium, ośrodku rehabilitacji lub na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po okresie Hospitalizacji celem rekonwalescencji.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za rekonwalescencję następującą po okresie trwającej nieprzerwanie co najmniej 14 dni Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone za okres rekonwalescencji nie dłuższy niż 14 dni.
 3. Świadczenie za pobyt na OIOM/OIT
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony zostaje skierowany i przebywa na OIOM/OIT, jest on uprawniony do dodatkowego Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za okres pobytu na OIOM/OIT nie dłuższy niż 14 dni w trakcie jednej Hospitalizacji.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone, o ile Hospitalizacja spełnia warunki wymienione w ust. 1 pkt 1).
 4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka,

której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady leczenia uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpiezonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpiezonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpiezonego, będącego Małżonkiem, Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleceniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
 2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
 3. Rehabilitacją,
 4. Nieszczęśliwym Wypadkiem wynikłym z faktu pozostawiania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 5. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 6. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
 7. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 8. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
- 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.

Wyplata Świadczeń § 6

1. Świadczenie szpitalne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę.
 - 2) Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
 - 3) Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
2. Świadczenie rekonwalescencyjne
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony pozostaje w sanatorium, ośrodku rehabilitacji lub na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po okresie Hospitalizacji celem rekonwalescencji.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za rekonwalescencję następującą po okresie trwającej nieprzerwanie co najmniej 14 dni Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone za okres rekonwalescencji nie dłuższy niż 14 dni.
 3. Świadczenie za pobyt na OIOM/OIT
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony zostaje skierowany i przebywa na OIOM/OIT, jest on uprawniony do dodatkowego Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za okres pobytu na OIOM/OIT nie dłuższy niż 14 dni w trakcie jednej Hospitalizacji.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone, o ile Hospitalizacja spełnia warunki wymienione w ust. 1 pkt 1).
 4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

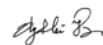
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
2. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
3. **Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy** – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego oraz który wystąpił w czasie, kiedy Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy, lub który wystąpił w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku pracy, lub w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Za Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.
4. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpi-

sem do rejestru pacjentów.

5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy,
3. Rehabilitacją,
4. Nieszczęśliwym Wypadkiem w Pracy wynikłym z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
5. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
6. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
7. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
8. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
9. nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
10. wykonywaniem pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego dnia Hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem w Pracy, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
2. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale

uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

5. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.
6. **Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem i/lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie Ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd i/lub Środek transportu publicznego będący w ruchu.
7. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby Umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe.
8. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego,
3. Rehabilitacją,
4. Nieszczęśliwym Wypadkiem Komunikacyjnym wynikłym z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zazywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
5. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
6. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
7. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
8. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem Komunikacyjnym, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy niuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodobowa lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka,

której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. Rehabilitacją,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
5. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
6. nadużywaniem alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, a także poddaniem

się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,

7. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
8. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
9. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.

Wypłata Świadczeń

§ 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar oraz Hospitalizacja na skutek tego Zawału mięśnia sercowego lub Udaru miały miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Zawału mięśnia sercowego lub Udaru, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tym samym Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Lekowego

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 5
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Lekowego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Niniejsza Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu, poniższe określenia oznaczają:

Świadczenie lekowe – świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu na zakup leków, przysługujące Ubezpieczonemu po Hospitalizacji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, objęta odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wypłata Świadczeń § 5

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie lekowe w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Świadczenie zostanie wypłacone po Hospitalizacji, z tytułu której przyznane zostało przez Towarzystwo Świadczenie szpitalne z Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.
3. W każdym Roku Ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe maksymalnie za trzy Hospitalizacje, które miały miejsce w tym okresie, objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig

Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela Świadczeń

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Pacjent Stały** – osoba podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakiegokolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewenteria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielę-

gnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.
- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Choroby lub na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

- samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych Umową dodatkową,
- wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia,

- oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
5. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
 6. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
 7. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
 8. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
 9. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 10. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
 11. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 12. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu w następnym:
 - a) Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej,
 - b) Choroby, która została rozpoznana i w której przypadku procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie, i której leczenie rozpoczęło się po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
2. Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym operacjom dodaje się, jednakże łączne Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
3. Łączne Świadczenie wypłacone za operacje, których konieczność przeprowadzenia wynika z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia,

- Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.
5. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem na wypadek operacji w ramach Poprzedniego ubezpieczenia przez okres co najmniej 3 miesięcy przypadający bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego wykonanego w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej, którego przyczyną jest:
 - Nieszczęśliwy Wypadek, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej lub
 - Choroba, która została rozpoznana lub w której przypadku procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie, lub której leczenie rozpoczęło się przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej,
 Towarzystwo wypłaci łączne Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - a) świadczenia wynikającego z Poprzedniego ubezpieczenia albo
 - b) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Postanowienia niniejszego punktu odnoszą się oddzielnie do operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku i operacji na skutek choroby.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakresem ubezpieczenia na wypadek operacji zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek operacji przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.
- Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Čłonek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1 JAMA BRZUSZNA:	
1) wycięcie jelita	70
2) wycięcie żołądka	70
3) zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
4) usunięcie pęcherzyka żółciowego	70
5) otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
6) cesarskie cięcie	50, nie więcej niż 500 zł
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
2 ROPIEŃ:	
1) nacięcie powierzchniowego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	5
2) wymagające hospitalizacji leczenie czyraka mnogiego (gromadnego) lub ropnia – jednego lub kilku	10
3 AMPUTACJA:	
1) palców rąk i nóg – każdy	10
2) ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
3) podudzia, ramienia lub uda	40
4) uda na wysokości biodra	70
4 SUTKI:	
1) doszczętne odjęcie jednego lub obu sutków – z usunięciem zawartości dołu pachowego	70
2) proste odjęcie jednego lub obu sutków	40
5 KLATKA PIERSIOWA:	
1) pełna (całkowita) torakoplastyka	100
2) usunięcie płuca lub jego części	70
3) otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów, z wyłączeniem nakłucia	30
4) usunięcie ropy z wyłączeniem nakłucia	10
5) sztuczna odma opłucnowa	10
6) bronchoskopia:	
a) diagnostyczna	10
b) operacyjna, z wyłączeniem biopsji	20
6 UCHO:	
1) przecięcie błony bębenkowej	5
2) wydłutowanie wyrostka sutkowatego:	
a) doszczętne jednostronne	50
b) doszczętne obustronne	60
c) wytworzenie otworu w ścianie błędnika jednostronne lub obustronne	100
7 PRZEŁYK:	
1) operacja zwężenia	40
2) operacja zwężenia z użyciem gastrokopu	10
8 OKO:	
1) odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
2) zaćma	50
3) usunięcie gałki ocznej	30
4) jaskra	30
5) usunięcie skrzydlika	30
6) nacięcie jęczmyka lub gradówki	5
9 ZŁAMANIA:	
1) Leczenie operacyjne złamania prostego:	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15

b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
c) uda	40
d) ramienia lub podudzia	25
e) palców rąk lub nóg – każdy, lub żebra	5
f) przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
g) podudzia – dwie kości	30
h) kostki przyśrodkowej	15
i) kostki bocznej	10
j) żuchwy	20
k) nadgarstka, śródrezcza, nosa, żeber – dwa lub więcej albo mostka	10
l) miednicy – wymagające wyciągu	30
m) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
n) kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
o) nasady dalszej przedramienia	10
p) panewki stawu biodrowego	50
2) leczenie operacyjne złamania otwartego:	
a) dla złamań otwartych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających przeszczepów kostnych lub zespolen kostnych powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	100
10 UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY:	
1) usunięcie nerki	70
2) umocowanie nerki	70
3) usunięcie guzów lub kamieni w nerce, moczowodzie lub pęcherzu moczowym:	
a) operacyjnie	60
b) przez przyżeganie lub zabiegi endoskopowe	20
4) zwężenie cewki moczowej:	
a) leczenie operacyjne	30
b) zabieg przezcewkowy	15
5) prostata:	
a) całkowite usunięcie operacyjne	70
b) częściowe usunięcie:	
– drogą endoskopową	25
– inną drogą operacyjną	50
6) usunięcie jądra lub najądrza	25
7) wodniak jądra lub zylaki powrózka nasiennego	10
8) usunięcie guzów włóknistych bez dostępu brzuszego	20
11 WOLE TARCZYCY:	
1) usunięcie tarczycy z uwzględnieniem wszystkich rodzajów zabiegów operacyjnych	70
12 PRZEPUKLINA:	
1) leczenie wstrzyknięciami – pełny cykl:	
a) przepuklina jednostronna	20
b) przepuklina obustronna	25
2) operacja doszczętna, z uwzględnieniem leczenia wstrzyknięciami:	
a) przepuklina jednostronna	40
b) przepuklina obustronna	50
13 STAWY I ZWICHNIĘCIA:	
1) nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków i z wyjątkiem nakłucia	15
2) nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	35
3) wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	

a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	40
4) leczenie operacyjne zwichnięcia:	
a) palców rąk i nóg – każdy	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
c) żuchwy	5
d) stawu biodrowego lub kolanowego z wyłączeniem rzepki	20
e) rzepki	5
f) kręgosłupa	25
14 NOS:	
1) wewnątrznosowa operacja zatok	15
2) zewnątrznosowa operacja zatok	35
3) usunięcie jednego lub kilku polipów	5
4) usunięcie odśluzówkowe	25
5) usunięcie małżowiny nosowej	10
15 LECZENIE OPERACYJNE TKANEK MIĘKKICH (mięśnie, ścięgna, nerwy):	
1) mięśnie:	
a) czworogłowy uda	20
b) dwugłowy ramienia, brzuszec	10
c) dwugłowy ramienia, ścięgna	15
2) ścięgna:	
a) Achillesa	15
b) palców rąk, zginacze	po 10
c) palców rąk, prostowniki	po 5
3) nerwy i naczynia:	
a) nerwy przedramienia, każdy	15
b) tętnice przedramienia, każda	15
16 PARACENTEZA:	
1) nakłucia:	
a) brzucha	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5

17 ODBYTNIKA:	
1) doszczętne wycięcie z powodu nowotworu złośliwego – wszystkie rodzaje, włączając przetokę okrężniczą	100
2) żylaki odbytu – tylko zewnętrzne, pełny zabieg	10
3) żylaki odbytu wewnętrzne lub wewnętrzne i zewnętrzne, z uwzględnieniem wypadania odbytnicy – wycięcie lub pełny cykl leczenia wstrzyknięciami	20
4) przetoka odbytu	15
5) szczelina odbytu	5
6) inne operacje odbytnicy	20
18 CZASZKA:	
1) otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
2) usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30
19 GARDŁO:	
1) usunięcie migdałków lub migdałków i grudek chłonnych:	
a) dorośli i dzieci od 15 roku życia	15
b) dzieci poniżej 15 roku życia	10
2) laryngoskopia w celach diagnostycznych	5
20 GUZY:	
1) usunięcie chirurgiczne guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	50
2) usunięcie guzów złośliwych błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej	25
3) leczenie operacyjne torbieli lub zatoki włosowatej	25
4) usunięcie guzów łagodnych, jądra lub sutka	20
5) usunięcie ganglionu	5
6) usunięcie guzów łagodnych – jednego lub kilku, z wyłączeniem wymienionych powyżej	10
21 ŻYŁY:	
1) żylaki – całkowity zabieg operacyjny lub leczenie wstrzyknięciami na wszystkich żyłach:	
a) jedna noga	20
b) dwie nogi	30
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.	

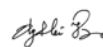
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela Świadczeń

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całonocna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.
- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

- samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych Umową dodatkową,

3. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
4. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
5. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
6. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
7. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.
2. Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym operacjom dodaje się, jednakże łączne Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
3. Łączne Świadczenie wypłacone za operacje, których konieczność przeprowadzenia wynika z tej samej przyczyny, tj. tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności. Jeżeli tak stanowi Szczegółowa Umowa

Ubezpieczenia w przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku w ramach Poprzedniego ubezpieczenia przez okres co najmniej 3 miesięcy przypadający bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku operacji lub zabiegu chirurgicznego wykonanych w okresie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej, których przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek, mający miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci łączne Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- a) świadczenia wynikającego z Poprzedniego ubezpieczenia albo
- b) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie dla operacji na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, pod warunkiem że:

- ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakresem ubezpieczenia na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek operacji na skutek nieszczęśliwego wypadku przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia Poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń, zmienione zapisy OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1 JAMA BRZUSZNA:	
1) wycięcie jelita	70
2) wycięcie żołądka	70
3) zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
4) otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
2 ROPIEŃ:	
1) nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	5
3 AMPUTACJA:	
1) palców rąk i nóg – każdy	10
2) ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
3) podudzia, ramienia lub uda	40
4) uda na wysokości biodra	70
4 KLATKA PIERSIOWA:	
1) pełna (całkowita) torakoplastyka	100
2) usunięcie płuca lub jego części	70
3) otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów, oprócz nakłucia	30
4) usunięcie ropy, z wyjątkiem nakłucia	10
5) sztuczna odma opłucnowa	10
5 PRZEŁYK:	
1) operacja zwężenia	40
6 OKO:	
1) odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
2) zaćma	50
3) usunięcie gałki ocznej	30
7 UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY:	
2) usunięcie nerki	70
8 STAWY I ZWICHNIECIA:	
1) nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków, z wyjątkiem nakłucia	15
2) nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	35
3) wycięcie, umocowanie operacyjne, wyluszczenie w stawie lub plastyka:	
a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	40
4) Leczenie operacyjne zwicznienia:	
a) palców rąk i nóg – każdy	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
c) zuchwy	5
d) stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	20
e) rzepki	5
f) kręgosłupa	25

9 LECZENIE OPERACYJNE TKANEK MIĘKKICH (mięśnie, ścięgna, nerwy):	
1) mięśnie:	
a) czworogłowy uda	20
b) dwugłowy ramienia, brzusiec	10
c) dwugłowy ramienia, ścięgna	15
2) ścięgna:	
a) Achillesa	15
b) palców rąk, zginacze	po 10
c) palców rąk, prostowniki	po 5
3) nerwy i naczynia:	
a) nerwy przedramienia, każdy	15
b) tętnice przedramienia, każda	15
10 PARACENTA:	
1) nakłucia:	
a) brzucha	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego, z wyłączeniem cewnikowania	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5
11 CZASZKA:	
1) otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
2) usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30
12 ZŁAMANIA:	
1) leczenie operacyjne złamania prostego	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia – jedna kość	15
b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
c) uda	40
d) ramienia lub podudzia	25
e) palców rąk lub nóg – każdy, lub żebra	5
f) przedramienia – dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu	20
g) podudzia – dwie kości	30
h) kostki przyśrodkowej	15
i) kostki bocznej	10
j) żuchwy	20
k) nadgarstka, śródreżca, nosa, żeber – dwa lub więcej albo mostka	10
l) miednicy – wymagające wyciągu	30
ł) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
m) kręgu – złamanie kompresyjne – jedno lub więcej	40
n) nasady dalszej przedramienia	10
2) leczenie operacyjne złamania otwartego	
a) dla złamań otwartych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających przeszczepów kostnych lub zespolenia kostnych powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	100
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.	

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 5
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-4

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka lub Partnera.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Małżonek lub Partner ukończył 70 rok życia.

Wypłata Świadczeń § 5

W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig

Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek lub Partner ukończył 70 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka lub Partnera powstały w wyniku:

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łyżwi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka lub Partnera, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - Małżonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i

- 2) śmierć Małżonka lub Partnera nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Niezszczęśliwego Wypadku, i
- 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Małżonka lub Partnera były wyżej wymienione obrażenia ciała.

2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6, § 7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub Złamanie niepowodujące trwałej straty funkcji kończyny,
2. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się

od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka lub Partnera powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia

określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- a) Mążonek lub Partner odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. W przypadku Złamania kości niepowodującego straty funkcji organizmu Małżonka lub Partnera Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez wskaźnik określony w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że Nieszczęśliwy Wypadek wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego oraz bezpośrednią i wyłączną przyczyną Złamania był Nieszczęśliwy Wypadek.
 3. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
 4. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia na życie.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn bądź Złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczegól-

nym narządom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.

2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Małżonka/Partnera ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego uprzednio.
3. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Małżonka lub Partnera, w przypadku Uszczerbku na Zdrowiu lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Uszczerbku na Zdrowiu prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka lub Partnera istniejącego przed tym zdarzeniem.
5. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na Zdrowiu.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Małżonka lub Partnera przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 1 ust. 3, § 2, § 4 ust. 2-3, § 5

Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Małżonka lub Partnera (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego w jednym z trzech dostępnych Wariantów:
Wariacie I albo
Wariacie II, albo
Wariacie III,
przy czym Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa Wariant Umowy dodatkowej obowiązujący dla danej Umowy Ubezpieczenia.
3. Postanowienia Warunków odnoszące się do zdarzeń wymienionych w § 2 nieobjętych zakresem ubezpieczenia w ramach Wariantu obowiązującego dla danej Umowy Ubezpieczenia nie mają zastosowania.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Poniższe określenia oznaczają:

1. **rak** – guz złośliwy, potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki *in-situ*, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
2. **zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:

- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - c) stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - d) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii;
3. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebiecie, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszkońnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych;
 4. **udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - b) zmiany stwierdzone w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej, lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
 5. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki;
 6. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pocho-

- dzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego;
7. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo;
8. **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie;
9. **poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regulą dziewiątek” mapy powierzchni ciała;
10. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych muszą być potwierdzona przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdy powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
11. **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie choroby musi spełniać jednocześnie wszystkie poniżej wymienione warunki:
- jednoznaczna diagnoza postawiona przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzona uwidocznieniem co najmniej dwóch ognisk demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego w badaniach obrazowych
 - stan kliniczny chorego odpowiada co najmniej 3 stopniowi Rozszerzonej Skali Niedydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS),
 - medyczna dokumentacja potwierdza wystąpienie co najmniej jednego rzutu choroby, tj. zaostrzenia i remisji stwierdzonych ubytków neurologicznych.
12. **operacja zastawek serca** – przeżyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa;
13. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i progę słyszenia;
14. **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu albo choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie cztero kończynowe (tetraplegia i kwadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności rozszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów;
15. **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy;
16. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
- spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
 - występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę-neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- torbiele,
 - ziarniniaki,
 - malformacje naczyniowe,
 - krwiaki,
 - guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego;
17. **operacja aorty** – przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszną bez odgałęzień;
18. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
- choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne’a, Beckera, kończynowo-obrzęczowa, miotoniczna, dystrofia tarzowo-łopatkowo-ramienna, oczno-gardłowa i
 - stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnej wykonywania pracy przynajmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
19. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** – zwężenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnicy wieńcowych;
20. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
- martwica obejmująca całe zraziki,
 - nagle zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - nagle pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - narastająca żółtaczką;
21. **pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
- znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i
 - potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca;
22. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna spowodowana infekcją wirusem HIV;
23. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO₂ równe lub mniejsze niż 55 mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej.
- Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa;
24. **choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utratą słuchu ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
25. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utratą słuchu ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „czynności życia codziennego”;
26. **niedokrwiłość aplastyczna** – przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwiłość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
- przetoczenia produktów krwiopochodnych,
 - czynników stymulujących szpik kostny,
 - immunosupresji,
 - przeszczepu szpiku kostnego;
27. **przeškorna interwencja wieńcowa (PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca, polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przeškornym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzanych do naczyń;
28. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi, potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie;
29. **poważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałymi i nieodwracalnymi ubytkiem neurologicznym, stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznacznymi wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki oraz niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn;
30. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymywać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
- obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym, i
 - konsultanta neurologa.
- Wykluczona jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane infekcją wirusem HIV;
31. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej „czynności życia codziennego” nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuje nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej;
32. **toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem autoprzeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach Umowy dodatkowej toczień rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III-V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.

Klasyfikacja WHO toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:

Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne

Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium

Klasa III. Ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa IV. Rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem;

33. **zespół apaliczny** – uogólniona, trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną;
34. **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwające ponad 6 miesięcy i potwierdzone dodatnim wynikiem HBV (lub HCV) RNA PCR oraz cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby w badaniu biopsyjnym wątroby;
35. **choroba Leśniowskiego-Crohna** – jednoznaczne rozpoznanie w okresie ochrony i potwierdzenie histopatologiczne przewlekłego, nieswoistego zapalenia jelita ze skłonnością do ziarninowania. Do uznania Świadczenia konieczne jest potwierdzenie przedziurawienia jelita, przetoki lub niedrożności jelitowej, lub innej przyczyny leczenia operacyjnego;
36. **choroba Alzheimera** – rozpoznanie u Ubezpieczonego choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju – przewlekłej, postępującej choroby organicznej ośrodkowego układu nerwowego z istotnym deficytem sprawności intelektualnej, z upośledzeniem pamięci, funkcji poznawczych, z zaburzeniami osobowości, nastroju, osądu i myślenia abstrakcyjnego, z koniecznością stałej opieki lub nadzoru nad Ubezpieczonym. Zakres ochrony nie obejmuje demencji wtórnej od nadużywania alkoholu lub leków, AIDS;
37. **przewlekła niewydolność wątroby** – schyłkowa niewydolność wątroby z występowaniem klinicznych objawów przewlekłej niewydolności miąższu wątroby występujących łącznie z:
 - a) utrwaloną żółtaczką,
 - b) wodobrzuszem,
 - c) encefalopatią wątrobową.Ochrona nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożycia alkoholu lub zatrucia lekami, środkami chemicznymi;
38. **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – rozpoznanie po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wrzodziejącego zapalenia jelita grubego potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i leczone operacyjnie;
39. **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – powikłanie przetoczenia krwi wykonanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby niechirurgującej na hemofilie, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną;
40. **zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego** – zakażenie HIV w następstwie wykonywania obowiązków zawodowych potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją medyczną;
41. **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego;
42. **tężec** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania postaci uogólnionej ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez neurotoksynę produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*);
43. **wścieklizna** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznania ostrej choroby zakaźnej, wywołanej przez wirus wścieklizny (*Rabies virus*);
44. **borelioza** – leczenie w warunkach szpitalnych z powodu jednoznacznego rozpoznanej krętkowicy (*Borrelia burgdorferi*) przenoszonej przez kleszcze, przebiegającej z różnorodnymi objawami narządowymi oraz potwierdzonej swoistymi badaniami immunologicznymi;
45. **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jacoba, charakteryzującej się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkującej trwałym ubytkiem neurologicznym uniemożliwiającym wykonanie co najmniej trzech z pięciu „czynności życia codziennego”;
46. **gruźlica** – leczenie przeciwprątkowe z powodu potwierdzonej bakteriologicznie lub histologicznie choroby zakaźnej wywołanej prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub innych narządów;
47. **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – leczenie operacyjne w trybie pilnym z powodu masywnego zatoru tętnicy płucnej potwierdzonego jednoznacznie w dokumentacji medycznej;
48. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) jest używana w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczeniowy, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV;

49. **czynności życia codziennego:**

- a) poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby;
- b) kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu, umożliwiająca zachowanie higieny osobistej; ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się;
- c) korzystanie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się;
- d) korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny;
- e) jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest:

1. W Wariancie I: rozpoznanie u Małzonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16 lub przebiecie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17.
2. W Wariancie II: rozpoznanie u Małzonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub przebiecie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 i 27.
3. W Wariancie III: rozpoznanie u Małzonka lub Partnera choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub przebiecie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małzonka lub Partnera lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małzonka lub Partnera,
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Małzonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - 3) alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
 - 4) AIDS (wyłączenie nie ma zastosowania dla zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 2 pkt 39 i 40),
 - 5) radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - 6) działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - 7) nieszczęśliwego wypadku Małzonka lub Partnera, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 8) choroby, w przypadku której Małżonek lub Partner otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w okresie 5 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Małżonek lub Partner, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 lub 47 przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wyłączeniami:

Punkt z § 2	A. Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	B. Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 – dotyczy chorób pozostających zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem wymienionym w pkt A
1	Rak	1, 6, 16, 22
2	Zawał mięśnia sercowego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
3	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
4	Udar	2-4, 6, 8, 10, 12, 16, 17, 19, 22, 27, 31
5	Niewydolność nerek	5, 6
6	Przeszczepienie narządu	1, 5, 6, 8, 22, 31
7	Utrata wzroku	7, 16
8	Śpiączka	4, 7, 8, 10, 16, 22, 31
9	Poważne oparzenie	9
10	Utrata mowy	4, 8, 10, 16
11	Stwardnienie rozsiane	7, 8, 11, 22, 31
12	Operacja zastawek serca	2-4, 6, 8, 12, 17, 19, 27
13	Utrata słuchu	13
14	Paraliż	14, 22, 31
15	Utrata kończyn	15
16	Łagodny guz mózgu	1, 4, 7, 8, 10, 16
17	Operacja aorty	2-4, 12, 17, 19, 27
18	Dystrofia mięśniowa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
20	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	6, 20, 22, 31
21	Pierwotne nadciśnienie płucne	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
22	Choroba nieuleczalna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
23	Schyłkowa niewydolność płuc	6, 21, 22, 23, 31
24	Choroba neuronu ruchowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
25	Choroba Parkinsona	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
26	Niedokrwistość aplastyczna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
27	Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
28	Zapalenie mózgu	8, 14, 22, 28, 30, 31
29	Poważny uraz głowy	4, 7, 8, 10, 13, 14, 22, 24, 29, 31
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	8, 14, 22, 28, 30, 31
31	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47

32	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
33	Zespół apaliczny	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	6, 8, 20, 34, 37
35	Choroba Leśniowskiego–Crohna	35, 38
36	Choroba Alzheimera	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
37	Przewlekła niewydolność wątroby	6, 8, 34, 37
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	35, 38
39	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
40	Zakażenie HIV w wyniku narażenia zawodowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
41	Sepsa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
42	Tężec	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
43	Wścieklizna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
44	Borelioza	28, 30, 44, 45
45	Choroba Creutzfelda–Jacoba	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-47
46	Gruźlica	23, 41, 46
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	4, 5, 8, 10, 14, 23, 31, 47

Wyplata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia na życie Małżonka lub Partnera lub umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, z wyjątkiem groźnych chorób wymienionych poniżej, w przypadku których Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą:

Punkt z § 2	Groźna choroba	Świadczenie jako % sumy ubezpieczenia
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	50%
27	Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)	10%
34	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	25%
35	Choroba Leśniowskiego–Crohna	50%
38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	50%
44	Borelioza	50%
46	Gruźlica	50%
47	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	50%

- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Małżonek/Partner pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-46 lub
 - zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17, 27 i 47.
- Wyplata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu których Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku

przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie za każdą z groźnych chorób wymienionych w § 2.

4. W przypadku przezskórnej interwencji wieńcowej Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Małżonka lub Partnera. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych świadczeń z tego tytułu. Wypłata Świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby Małżonka lub Partnera w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z przezskórną interwencją wieńcową, zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty Świadczenia w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 1, w zakresie chorób pozostających w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, z tytułu którego wypłacone zostało Świadczenie ubezpieczeniowe, ochro-

na ubezpieczeniowa jest kontynuowana zgodnie z tabelą w § 5 ust. 2, jednak nie więcej niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.

6. W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Małżonka lub Partnera. Jeżeli Małżonek lub Partner odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
7. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

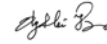
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Małżonka lub Partnera, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabili-

tacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Małżonka lub Partnera będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

- samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,
- wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków

Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,

4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu

Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- a) Hospitalizacja Małżonka lub Partnera nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji:
 - i) jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała, lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
 3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
 4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Małżonka lub Partnera w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
- Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, za-

kłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

- Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Małżonka lub Partnera będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Małżonka lub Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

- samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Małżonka lub Partnera lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka lub Partnera,

2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
3. Rehabilitacją,
4. pozostawaniem Małżonka lub Partnera w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
5. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Małżonka lub Partnera, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
6. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
7. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
8. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wyplata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubez-

pieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- a) Hospitalizacja Małżonka lub Partnera nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Małżonek lub Partner podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej dobie.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
 3. Maksymalny okres hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku, za który należne jest Świadczenie wynosi, 180 dni.
 4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 5
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-3

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

Dziecko – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy.

Niezdolność do pracy – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wypłata Świadczeń § 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig

Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy.
2. **Niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego

Ubezpieczenia na Życie Dziecka, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- 1) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
- 2) śmierć Dziecka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
- 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała.

2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6, § 7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – 100% inwalidztwo Dziecka spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. **Częściowe i Trwałe Inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Dziecka powstałe w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, polegające na fizycznej, nieodwracalnej stracie funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny.
3. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,

4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała, i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i nadal pozostaje Całkowitym i Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Częściowe i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego, i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Dziecka, z tytułu którego inwalidztwa zostało wypłacone Świadczenie.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Częściowego i Trwałego Inwalidztwa nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Dziecka, z tytułu którego inwalidztwa zostało wypłacone Świadczenie.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatko-

wej w odniesieniu do Dziecka, z tytułu którego inwalidztwa Świadczenie zostało wypłacone.

6. W celu ustalenia prawa Ubezpiezonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości Świadczenia § 7

1. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą Trwałe Inwalidztwo.
2. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu, układu lub kończyny, Świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu, układu lub kończyny.
3. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narzędom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”.
5. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Dziecka, w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa lewej kończyny górnej będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź straty funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
7. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecko jest nadal objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
8. Świadczenie zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej Rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa Dziecka oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Dziecka przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Całkowitego i Trwałego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Złamania lub Oparzenia u Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5 Tabela Świadczeń

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Złamania lub Oparzenia u Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Użytym w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
2. **Oparzenie** – termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej drugiego stopnia (II B). Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte oparzenia wywołane ekspozycją na promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV, promieniowanie radioaktywne. Rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez Towarzystwo według „reguły dziewiątek” Wallace’a lub tabeli Lunda i Browdera.
3. **Tabela Świadczeń** – stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej tabela świadczeń określająca rodzaj złamania oraz rodzaj oparzenia i odpowiadające im wysokości świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia.
4. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Dziecka będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywa-

nia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.

5. **Złamanie** – potwierdzone w dokumentacji medycznej złamanie urazowe kości wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Na potrzeby Warunków wyróżnia się następujące rodzaje złamań:
 - a) złamanie otwarte – złamanie z przerwaniem ciągłości skóry (rana w miejscu złamania),
 - b) złamanie z przemieszczeniem – złamanie, w którym odczłamy kostne są przemieszczone względem siebie,
 - c) złamania wielomiejscowe, wielopoziomowe – złamania jednej kości na kilku poziomach, ale nie są to złamania wieloodłamowe,
 - d) złamania wieloodłamowe – złamania, w których występuje wiele odczłamów kostnych w miejscu złamania. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie,
 - e) złamanie kompresyjne – złamanie, które prowadzi do zapadnięcia i zmniejszenia wysokości kości.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Złamanie lub Oparzenie Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
4. wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, sporty walki, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, speleologia,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

6. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
7. działania truciźny, trujących gazów lub oparów.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej

Tabela Świadczeń

I. WYPŁATA Z TYTUŁU ZŁAMANIA	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
RODZAJ ZŁAMANIA	
1. Złamania biodra lub miednicy (z wyłączeniem kości udowej lub ogonowej)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	100
b) wszystkie inne złamania otwarte	50
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	20
2. Złamania kości udowej	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	50
b) wszystkie inne złamania otwarte	40
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	20
3. Złamania podudzia, kostek, łokcia, ramienia lub przedramienia (włączając nadgarstek, lecz z wyłączeniem złamania typu Collesa)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	40
b) wszystkie inne złamania otwarte	30
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	20
d) wszystkie inne złamania	15
4. Złamania żuchwy	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	30
b) wszystkie inne złamania otwarte	20
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	16
d) wszystkie inne złamania	8
5. Złamania strzałki, łopatki, mostka, śródreżcza, śródstopia	
a) wszystkie złamania otwarte	20
b) wszystkie inne złamania	10
6. Złamania palców	
a) wszystkie złamania otwarte	4
b) wszystkie inne złamania	2

7. Złamania przedramienia typu Collesa, Smitha, Burtona itp.	
a) złamania otwarte	20
b) inne złamania	10
8. Złamania kręgosłupa – kręgi, lecz z wyłączeniem kości ogonowej (za każdy krąg, ale nie więcej niż 100% łącznie)	
a) wszystkie złamania kompresyjne	20
b) wszystkie złamania wyrostków kolczystych, poprzecznych, nasad łuków	20
c) wszystkie inne złamania	10
9. Złamania żebra lub żeber (za każde żebro, ale nie więcej niż 100% łącznie), kości jarzmowych, kości ogonowej, nosa	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	16
b) wszystkie inne złamania otwarte	12
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	8
d) wszystkie inne złamania	4
10. Złamania obojczyka, rzepki, pięty	
a) złamania otwarte	30
b) złamania wieloodłamowe	20
c) wszystkie inne złamania	10
11. Złamania mózgowczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	
a) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem)	100
b) wszystkie inne złamania otwarte	50
c) złamania wielomiejscowe (przynajmniej jedno z przemieszczeniem)	30
d) wszystkie inne złamania	15

II. WYPŁATA Z TYTUŁU OPARZENIA	%
1. Oparzenia dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	100
2. Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywiania	100
3. Oparzenia ciała obejmujące 27% lub więcej powierzchni ciała	100
4. Oparzenia ciała obejmujące 18% lub więcej, ale nieprzekraczające 27% powierzchni ciała	60
5. Oparzenia ciała obejmujące 9% lub więcej, ale nieprzekraczające 18% powierzchni ciała	30
6. Oparzenia ciała obejmujące 4,5% lub więcej, ale nieprzekraczające 9% powierzchni ciała	16

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-3, § 5

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby Dziecka (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia;
2. **rak** – guz złośliwy, potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki *in-situ*, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
3. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebiegiem przeszczepu nerki;
4. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego;
5. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w oboju oczach na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie

6. **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie;
7. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych muszą być potwierdzone przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdy powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
8. **operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa;
9. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i badaniem proggu słyszenia;
10. **wrodzone wady serca** – wrodzone wady serca przebiegające z sinicą, powodujące stan złego utlenowania krwi, będący następstwem jednej z poniższych, jednoznacznie zdiagnozowanych wad:
 - a) zarośnięcie zastawek serca,
 - b) przełożenie wielkich pni tętniczych,
 - c) wspólny pień tętniczy,
 - d) całkowicie nieprawidłowy spływ żył płucnych,
 - e) tetralogia Fallota.Wszystkie inne wady serca są wyłączone. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii oraz lekarza powołanego przez Towarzystwo i potwierdzone odpowiednimi badaniami dodatkowymi, jak np. ECHO serca;

- dziecięce porażenie mózgowe** – wrodzone porażenie mózgowe charakteryzowane jako spastyczne porażenie czterokończynowe z towarzyszącymi napadami drgawek i głębokim upośledzeniem umysłowym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez Towarzystwo;
- dystrofia mięśniowa** – jeden z niżej podanych typów dystrofii: Duchena, Beckera, obręczowo-kończynowa. Pozostałe typy są wykluczone. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, lekarza powołanego przez Towarzystwo oraz wynikiem biopsji mięśni i podwyższonym poziomem fosfokinazy kreatyninowej;
- zespół Downa** – nieprawidłowość chromosomalna, ściśle związana z aberracją autosomalną, polegającą na dodatkowym chromosomie w 21 parze chromosomów, charakteryzująca się: zmniejszonym napięciem mięśniowym, małogłowie, krótkogłowie, płaską potylicą oraz umysłowym i fizycznym upośledzeniem. Diagnoza powinna być oparta wyłącznie na aktualnie akceptowanych kryteriach rozpoznania zespołu Downa, tzn. na teście chromosomalnym, i pełnym badaniu przez lekarza powołanego przez Towarzystwo. Diagnoza musi być poparta przez fakt opóźnionego rozwoju fizycznego i umysłowego, co oznacza IQ poniżej 50;
- mukowiscydoza** – jednoznacznie zdiagnozowana mukowiscydoza, potwierdzona przez lekarza specjalistę oraz lekarza Towarzystwa;
- cukrzyca** – cukrzyca nabyta insulinozależna, rozpoznana w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z insulinoterapią trwającą co najmniej trzy miesiące;
- AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest rozpoznanie u Dziecka choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 2, 3, 5-7, 9-15 lub przebieg leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W stosunku do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi:
 - 3 miesiące, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 2, 3, 5-7, 9, 15 lub przebieg leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8,
 - 9 miesięcy, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 10-14.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie:
 - 3 miesięcy od daty takiej zmiany w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w § 2 punkty 2, 3, 5-7, 9, 15 lub przebieg leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8,
 - 9 miesięcy w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych opisanych w § 2 punkty 10-14
 ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka, usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
 - AIDS,
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku Dziecka, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Dziecko otrzymało diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegało leczeniu,

- lub podlegało medycznej kontroli, lub było w trakcie badań diagnostycznych w okresie 5 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej. Niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do Dzieci Ubezpieczonego urodzonych po 9 miesiącach od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.
- Dziecko, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób wymienionych w § 2 punkty 2, 3, 5-7, 9-15 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 lub 8 przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęte ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wykluczeniami:

Punkt z § 2	A. Zdarzenie zaistniałe przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	B. Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 – dotyczy chorób pozostających zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem wymienionym w pkt A
2	Rak	2, 4
3	Niewydolność nerek	3, 4
4	Przeszczepienie narządu	2, 3, 4, 6, 14
5	Utrata wzroku	5, 11
6	Śpiączka	5, 6, 7, 11, 12
7	Utrata mowy	6, 7, 11
8	Operacja zastawek serca	4, 6, 8, 10
9	Utrata słuchu	9, 11
10	Wrodzone wady serca	4, 6, 10
11	Dziecięce porażenie mózgowe	5, 6, 7, 9, 11
12	Dystrofia mięśniowa	6, 12
13	Zespół Downa	13, 8, 10
14	Mukowiscydoza	4, 14
15	Cukrzyca	15, 6

Powyższe wykluczenie nie ma zastosowania do Dzieci Ubezpieczonego urodzonych po 9 miesiącach od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2, 3, 5-7, 9-15 lub
 - zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4 i 8.
- Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu których Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o choroby i leczenie operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie za każdą z groźnych chorób wymienionych w § 2.
- W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo

do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Dziecka. Jeżeli Dziecko odmówi poddania się tym badaniom lub Ubezpieczony nie wyrazi na nie zgody, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Za-

łączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia. Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
2. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Dziecka, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
3. **Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Dziecko podlegało Hospitalizacji.
4. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
5. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
6. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi oraz ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycz-

nych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

7. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Dziecka będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Dziecka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Dziecka lub usiłowaniem

- popęnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Dziecka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. chorobą wywołaną przez wirus HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
13. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - a) Hospitalizacja Dziecka nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Dziecko podlegało Hospitalizacji:
 - i) jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała, lub
 - ii) jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Dziecka w Szpitalu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
2. **Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Dziecko podlegało Hospitalizacji.
3. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
4. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadające odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania za-

biegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.

6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Dziecka będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 miesiące.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynika lub jest związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Dziecka lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka,
2. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego,
3. Rehabilitacją,
4. pozostawianiem Dziecka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty,
5. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem umyślnego przestępstwa przez Dziecko, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
6. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
7. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
8. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy

Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:

- a) Hospitalizacja Dziecka nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego i
 - b) Dziecko podlegało Hospitalizacji jako Pacjent Stały przez co najmniej dobę.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
 3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku, za który należne jest Świadczenie, wynosi 180 dni.
 4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 5
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 4 ust. 2-5

Postanowienia ogólne

§ 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Dziecko** – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia lub bez względu na wiek w razie jego Niezdolności do pracy.
- Osierocenie Dziecka** – śmierć Ubezpieczonego mającego Dziecko.
- Urodzenie się dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu:
 - dziecka żywego własnego lub przysposobionego,
 - dziecka martwego, nie wcześniej niż po upływie dwudziestego drugiego tygodnia ciąży.
- Niezdolność do pracy** – całkowita i trwała niezdolność Dziecka do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej lub wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, stwierdzona na podstawie zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Rodzica, Urodzenie się dziecka lub Osierocenie Dziecka.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
- W związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia w trakcie ubezpieczenia:
 - odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka w terminie 9 miesięcy od daty zmiany ogranicza się wyłącznie do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany,
 - w przypadku śmierci Rodzica Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

Wypłata Świadczeń

§ 5

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z wyłączeniem Osiero-

czenia Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

2. W przypadku Osierocenia Dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica nie może przekroczyć czterech.
4. W przypadku Ubezpieczonych będących Małżonkiem, Partnerem, Pełnoletnim dzieckiem objętych w zakresie ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka w Poprzednim ubezpieczeniu uchyla się wymieniony w § 4 ust. 3 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w Poprzednim ubezpieczeniu.

W takim przypadku Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:

- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka w Poprzednim ubezpieczeniu albo
- świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:

- a) ochrona w Poprzednim ubezpieczeniu obejmująca zakresem ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka zakończyła się bezpo-

- b) Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka w Poprzednim ubezpieczeniu. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia w terminie 3 miesięcy od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
6. W celu ustalenia prawa Dziecka do otrzymania Świadczenia na wypadek Osierocenia Dziecka niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Rodzica na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Rodzica powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Rodzica lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Rodzica,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia umyślnego przestępstwa przez Rodzica, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzki lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Rodzica w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

Wypłata Świadczeń § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) Rodzic odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego, i
 - 2) śmierć Rodzica nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku, i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć czterech.

3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2, § 5

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Umowa dodatkowa obejmuje ochroną Ubezpieczonego oraz Członków jego rodziny, o ile zostali wskazani przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Definicje

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Członek rodziny Ubezpieczonego:**
 - a) Małżonek Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 70 roku życia,
 - b) Partner Ubezpieczonego w wieku od ukończenia 18 roku życia, a przed ukończeniem 70 roku życia,
 - c) Dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
2. **Konsultacja Medyczna** (zwana dalej „Konsultacją”) – świadczenia opisane w § 3 ust. 3 umowy dodatkowej.
3. **Konsorcjum WorldCare** (zwane dalej „Konsorcjum”) – sieć specjalistów medycznych zorganizowana przez WorldCare International Ltd. w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z Umową dodatkową, na podstawie zawartej umowy o współpracy.
4. **Rok Ubezpieczenia Ubezpieczonego** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty objęcia Ubezpieczonego lub Członka rodziny Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej oraz każ-

dy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.

5. **Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS)** – będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). AIDS obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Zdarzenie ubezpieczeniowe, Świadczenie

§ 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wymienionych w ust. 3 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony lub Członek jego rodziny zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji Medycznej, do której jest uprawniony na podstawie Umowy dodatkowej.
2. Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej, uzyskanej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny zgodnie z Umową dodatkową. Konsultacje Medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu lub Członkowi jego rodziny i ich lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
3. Ubezpieczony lub Członek jego rodziny uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:
 - a) nowotwór,
 - b) zawał mięśnia sercowego,
 - c) choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego,
 - d) śpiączka,
 - e) udar mózgu,
 - f) stwardnienie rozsiane,
 - g) porażenie, niedowład,
 - h) przewlekła obturacyjna choroba płuc,
 - i) rozedma płuc,
 - j) choroby zapalne jelit,

- k) przewlekła choroba wątroby,
 - l) niewydolność nerek,
 - ł) przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy,
 - m) cukrzyca,
 - n) choroba zakrzepowo-zatorowa,
 - o) amputacje,
 - p) reumatoidalne zapalenie stawów,
 - r) czerniak złośliwy,
 - s) rozległe oparzenia,
 - t) nagła ślepota spowodowana chorobą,
 - u) przeszczep narządów,
 - w) choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego,
 - y) inne podobne choroby zagrażające życiu.
4. Konsultacja medyczna obejmuje:
- a) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - b) jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia promieniami Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
 - c) jedną Konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Członek jego rodziny wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna Konsultacja,
 - d) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne, telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny a specjalistą Konsorcjum.
5. Jeśli wielokrotne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o Konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej Konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o Konsultację.
6. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny liczba Konsultacji jest ograniczona do:
- a) dwóch w każdym Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego i
 - b) sześciu w okresie objęcia Umową dodatkową.
7. WorldCare International Ltd. ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają Konsultacji zgodnie z Umową dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej w odniesieniu do Członków rodziny Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia Członka rodziny Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa:
 - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym

- Ubezpieczony kończy 70 rok życia,
- b) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Małżonek kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Małżonka,
- c) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Partner kończy 70 rok życia – w odniesieniu do Partnera,
- d) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Dziecko kończy 19 rok życia, a w przypadku dalszego kształcenia 25 rok życia – w odniesieniu do Dziecka,
- e) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym łączna liczba Konsultacji odbytych przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny objętego Umową dodatkową wyniosła sześć,
- f) w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania Konsultacji Medycznej na wypadek Choroby Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny.

W przypadku opisanym w punkcie e) Towarzystwo zwróci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Wyluczenia odpowiedzialności Towarzystwa § 5

Konsultacje z tytułu Umowy dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroba lub problem zdrowotny zostały spowodowane w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny,
2. nadużywania alkoholu lub leczniczo nieuzasadnionego użycia środków farmaceutycznych, w tym narkotyków,
3. zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
4. skażenia radioaktywnego,
5. działania trucizny albo trujących gazów lub oparów,
6. wad wrodzonych lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

Zgłoszenie roszczenia § 6

1. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędny jest kontakt z przedstawicielem Konsorcjum pod adresem wskazanym w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
2. Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej Konsultacji.
3. WorldCare International Ltd. zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników Konsultacji otrzymanych z Konsorcjum.

Postanowienia końcowe § 7

1. Konsultacje Medyczne uzyskane na podstawie Umowy dodatkowej są udzielane przez Konsorcjum i oferowane za pośrednictwem Towarzystwa. WorldCare International Ltd. ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane Konsultacje.
2. Towarzystwo nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd. dotyczące Konsultacji udzielanych na podstawie Umowy dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową dodatkową podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 8 Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia
2. koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia
3. wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 11 Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe terminy oznaczają:

1. **Data wymagalności świadczenia** – data uzyskania uprawnień emerytalnych albo wcześniejszych uprawnień emerytalnych przewidzianych powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, albo uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy w razie orzeczenia właściwego organu.
2. **Indywidualne Konto Inwestycyjne Ubezpieczonego** (zwane dalej „Kontem”) – suma Udziału Ubezpieczonego i Ubezpieczającego wraz z dopisanymi odsetkami należnymi z tytułu ich inwestowania, pomniejszona o wypłaty i potrącenia dokonane zgodnie z niniejszymi Warunkami i Umową Ubezpieczenia. Wyróżnia się część Konta pochodzącą z Udziału Ubezpieczonego i część Konta pochodzącą z Udziału Ubezpieczającego.
3. **Odsetki** – suma dopisana do Kont zgodnie z niniejszymi Warunkami,
4. **Regulamin** – odrębny dokument stanowiący załącznik do niniejszych Warunków, zawierający opis funduszu, sposób jego tworzenia i zarządzania, stanowiący integralną część Umowy dodatkowej,
5. **Składka inwestycyjna** – składka z tytułu Umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego Nestor finansowana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
6. **Udział Ubezpieczonego** – część składki inwestycyjnej finansowana przez Ubezpieczonego zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
7. **Udział Ubezpieczającego** – część składki inwestycyjnej finansowana przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć lub dożycie przez Ubezpieczonego Daty wymagalności świadczenia.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z datą wygaśnięcia ubezpieczenia na życie.

Konto § 5

1. Każdy Ubezpieczony posiada Konto, na którym gromadzone są składki za Umowę dodatkową (wyrażone w polskich złotych).
2. Konto będzie powiększane o składniki określone poniżej:
 - a) Udział Ubezpieczającego (o ile przewidziany jest Szczegółową Umową Ubezpieczenia),
 - b) Udział Ubezpieczonego (o ile przewidziany jest Szczegółową Umową Ubezpieczenia),
 - c) Odsetki.
3. Konto pomniejszane jest o wypłaty i potrącenia dokonane zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i niniejszych Warunków.
4. Po zakończeniu każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potwierdzi salda Kont każdego z Ubezpieczonych.

Odsetki § 6

1. Część zysków wypracowanych przez Towarzystwo w trakcie Roku Ubezpieczenia będzie doliczana do Kont w formie Odsetek wyliczonych na podstawie stopy procentowej netto, zgodnie ze wzorem na obliczanie stopy procentowej netto określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Konta będą powiększane o Odsetki ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia.
3. W przypadku wypłaty wartości Konta w trakcie Roku Ubezpieczenia Towarzystwo dopisze Odsetki naliczone w oparciu o saldo Kont na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego wypłatę.
4. Wysokość Odsetek będzie obliczana w oparciu o saldo Kont na koniec każdego miesiąca kalendarzowego Roku Ubezpieczenia.
5. Towarzystwo zobowiązuje się do inwestowania aktywów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi zakładów ubezpieczeń na życie.

Oplata administracyjna § 7

1. Ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potrąca opłatę administracyjną, której wysokość jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Oplata administracyjna będzie potrącona z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczającego.
3. Jeśli saldo części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczającego jest niższe od wartości opłaty administracyjnej, pozostała część opłaty zostanie pobrana z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczonego.
4. Jeśli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia nie przewiduje Udziału Ubezpieczającego, Towarzystwo potrąci opłatę administracyjną z części Konta pochodzącej z Udziału Ubezpieczonego.

Wypłata Świadczeń § 8

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu wartość Konta na dzień operacji, powiększoną o Odsetki, w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1.
3. Ubezpieczający powiadomi Towarzystwo na piśmie niezwłocznie po Dacie wymagalności świadczenia o dokonany przez Ubezpieczonego wyborze wariantu wypłaty świadczenia będącego w aktualnej ofercie Towarzystwa. W przypadku innym niż wypłata jednorazowa warunki wypłaty świadczenia określi odrębna umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym i Towarzystwem.
4. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przed Datą wymagalności świadczenia lub w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty części Konta zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia. Wypłata zostanie dokonana niezwłocznie, nie później jednak niż

w terminie 14 dni roboczych od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.

5. Część Konta, która zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia nie podlega wypłacie Ubezpieczonemu, zostanie zaliczona na poczet następnej składki należnej od Ubezpieczającego.
6. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Odstąpienie od Umowy dodatkowej § 9

1. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej zgodnie z § 4 ust. 1 OWU Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu:
 - a) wartość Kont obliczoną na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego dostarczenie do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy oraz
 - b) różnicę pomiędzy składką opłaconą z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej a wysokością udziałów.Zwrot kwoty określonej powyżej nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
2. Ubezpieczony ma prawo wystąpienia z Umowy dodatkowej ze skutkiem odstąpienia od tej umowy w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez niego po raz pierwszy informacji rocznej o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej, w tym informacji o wartości Konta.
3. W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej na prawach odstąpienia zgodnie z ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wartość Konta pochodzącego z Udziału Ubezpieczonego na dzień otrzymania przez Towarzystwo pisemnego wniosku o wystąpienie z Umowy dodatkowej oraz po potrąceniu opłaty w wysokości 4% wartości Konta. Wypłata wartości Konta pochodzącego z Udziału Ubezpieczającego zostanie dokonana na zasadach oraz w terminie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia oraz po potrąceniu opłaty w wysokości 4% wartości Konta.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej § 10

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) za wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień najbliższej Rocznic polisy następującej po dacie doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu,
 - b) z upływem okresu prolongaty w przypadku niezapłacenia składki w Terminie wymagalności, jeżeli Ubezpieczający nie uiszczył zaległej składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia doręczenia mu wezwania zawierającego pouczenie o skutkach uchylenia się od zapłaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie 7 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania, o którym mowa w niniejszym punkcie,
 - c) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 pkt b) Umowę dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Obowiązek opłacania składek przez Ubezpieczającego ustaje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.
4. Po dacie rozwiązania Umowy dodatkowej Towarzystwo będzie naliczać Odsetki zgodnie z Warunkami do dnia, kiedy środki zgromadzone na Kontach zostaną rozdysponowane zgodnie z § 14.

Oplata z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej § 11

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego lub polecenia przeniesienia środków zgromadzonych na Kontach na rachunek innego zakładu ubezpieczeń Towarzystwo potrąci z Kont, przed przekazaniem środków, opłatę stanowiącą procent od wartości środków zgromadzonych na Kontach, zgodnie z poniższą tabelą:

DATA ROZWIĄZANIA UMOWY DODATKOWEJ	OPŁATA Z TYTUŁU ROZWIĄZANIA UMOWY DODATKOWEJ
w 1 roku trwania Umowy dodatkowej	5%
w 2 roku trwania Umowy dodatkowej	4%
w 3 roku trwania Umowy dodatkowej	3%
w 4 roku trwania Umowy dodatkowej	2%
w 5 roku trwania Umowy dodatkowej	1%
po 5 roku trwania Umowy dodatkowej	0% wartości środków zgromadzonych na Kontach

Przeniesienie środków zgromadzonych na Kontach § 12

1. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na piśmie wniosek Ubezpieczającego, który wyraził wolę kontynuowania grupowego ubezpieczenia inwestycyjnego w innym, wskazanym zakładzie ubezpieczeń, Towarzystwo przeniesie środki zgromadzone na Kontach na rachunek prowadzony przez ten zakład ubezpieczeń.
2. W takim przypadku:
 - a) Towarzystwo potrąci opłatę administracyjną za Rok Ubezpieczenia, w którym niniejsza Umowa dodatkowa została rozwiązana, jak również opłatę z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej.
 - b) Przekazanie środków zgromadzonych na Kontach dokonane będzie w terminie 30 dni od daty rozwiązania Umowy dodatkowej.
3. Poczynając od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenia, które były należne przed tym dniem.
4. Przekazanie środków zgromadzonych na Kontach dokonane przez Towarzystwo będzie jednoznaczne z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z Umowy dodatkowej wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych.

Likwidacja Kont w następstwie rozwiązania Umowy dodatkowej § 13

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej i złożenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o likwidację Kont Ubezpieczonemu przysługiwać będzie jednorazowa wypłata po potrąceniu opłaty z tytułu rozwiązania umowy oraz opłaty administracyjnej. Wypłata zostanie dokonana w terminie

30 dni od daty zakończenia okresu wypowiedzenia oraz daty otrzymania dyspozycji Ubezpieczonego o sposobie przekazania środków.

Skutki braku oświadczenia o zadysponowaniu środkami zgromadzonymi na Kontach § 14

Jeżeli Ubezpieczający nie doręczy Towarzystwu pisemnej decyzji o przeniesieniu środków i sposobie ich przekazania lub o likwidacji Kont, a także w przypadku zaprzestania płacenia składki – zarządzanie środkami będzie kontynuowane do dnia najwcześniejszego z wymienionych zdarzeń:

- a) wyczerpania środków lub
- b) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o przeniesienie środków zgodnie z § 12 niniejszych Warunków, lub
- c) doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku Ubezpieczającego o likwidację Kont zgodnie z § 13 niniejszych Warunków.

Aktualizacja informacji § 15

Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznej aktualizacji informacji w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jego status jako podatnika USA.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia Inwestycyjnego Nestor

Regulamin

Artykuł 1. Wykaz oferowanych Funduszy, charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszu oraz zasady ich dywersyfikacji

W ramach Umowy dodatkowej oferowany jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy Nestor, zwany dalej Funduszem, utworzony przez Towarzystwo na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej w celu lokowania składek wpłaconych z tytułu umów ubezpieczenia zawartych przez Towarzystwo. Fundusz Nestor stanowi wydzieloną część aktywów Towarzystwa.

Wartość aktywów Funduszu jest zmienna i zależy od sytuacji rynkowej, tym samym Fundusz Nestor nie oferuje gwarantowanych zysków, a ryzyko inwestycyjne leży po stronie Ubezpieczonego.

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie rocznej stopy zwrotu w zakresie zbliżonym do oprocentowania lokat bankowych dostępnych w największych bankach w Polsce.

Fundusz charakteryzuje się bardzo niskim ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu lokowane są w: obligacje skarbowe, bony skarbowe, obligacje korporacyjne z gwarancjami Skarbu Państwa oraz depozyty bankowe oraz w gotówkę.

Artykuł 2. Aktywa Funduszu i ich wycena

Wartość lokat wchodzących w skład aktywów Funduszu będzie ustalana według wartości godziwej. W szczególności oznacza to następujące metody wyceny dla poszczególnych instrumentów finansowych:

1. instrumenty finansowe notowane na rynku regulowanym – po kursie zamknięcia ustalonym w obrocie regulowanym (przez Giełdę Papierów Wartościowych SA lub inną wiarygodną instytucję finansową);
2. instrumenty finansowe nienotowane na rynku regulowanym – według wartości godziwej oszacowanej w szczególności przy użyciu: modelu wyceny, kursu zamknięcia instrumentu na alternatywnym systemie obrotu, skorygowanej ceny nabycia przy zastosowaniu efektywnej stopy procentowej pomniejszonej o odpisy z tytułu trwałej utraty wartości lub innych dopuszczonych prawem metod szacowania wartości godziwej.

Wartość aktywów netto Funduszu jest to wartość aktywów pomniejszona o zobowiązania tego Funduszu.

Artykuł 3. Kryteria doboru aktywów

Inwestycje Funduszu w dłużne papiery wartościowe są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:

- a) bieżącego oraz przewidywanego poziomu rynkowych stóp procentowych,
- b) ryzyka kredytowego odnoszącego się do emitentów poszczególnych papierów wartościowych,
- c) płynności poszczególnych papierów wartościowych.

Artykuł 4. Ryzyko inwestycyjne

W oferowanym przez Towarzystwo Funduszu występują następujące ryzyka inwestycyjne:

1. **ryzyko inflacji** – rozumie się przez to ryzyko spadku siły nabywczej środków pieniężnych wynikające ze wzrostu poziomu cen w gospodarce. Istnienie inflacji powoduje, że osiągnięta stopa zwrotu (z uwzględnieniem inflacji) może być istotnie różna od nominalnej stopy zwrotu (bez uwzględnienia inflacji);
2. **ryzyko kredytowe** – to ryzyko zmiany wartości aktywów Funduszu na skutek spadku ceny instrumentu finansowego, spowodowane niewypłacalnością jego emitenta lub niewypłacalnością gwaranta tego instrumentu, zmianą ratingu emitenta lub rozszerzeniem się różnicy między rentownościami obligacji skarbowych i korporacyjnych;
3. **ryzyko rynkowe** – to ryzyko utraty wartości aktywów Funduszu na skutek niekorzystnych zmian cen rynkowych instrumentów finansowych stanowiących lokaty Funduszu, wywołanych przede wszystkim zmianami warunków ekonomicznych danego rynku. Rodzajem ryzyka rynkowego jest ryzyko stopy procentowej, czyli ryzyko utraty wartości aktywów na skutek zmian rynkowych stóp procentowych;
4. **ryzyko płynności** – ryzyko utraty wartości aktywów Funduszu związane z brakiem możliwości przeprowadzenia transakcji instrumentem finansowym w krótkim czasie bez istotnego wpływu na jego cenę;

5. **ryzyko związane z przechowywaniem aktywów** – wynika z możliwości nienależytego wywiązywania się ze swoich obowiązków przez depozytariusza Funduszu;
6. **ryzyko koncentracji aktywów lub rynków** – ryzyko utraty wartości aktywów Funduszu z powodu dużego zaangażowania w instrumenty, dla których prawdopodobieństwo spadku wartości jest zależne od wspólnych czynników,
7. **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanego zwrotu z inwestycji** – może wynikać z przyjętej strategii zarządzania Funduszem.

Artykuł 5. Koszty Funduszu

1. **Oplaty za zarządzanie**
Towarzystwo będzie pobierać z tytułu zarządzania Funduszem opłatę w skali rocznej od wypracowanego przez Fundusz zysku, wyliczoną jako różnica pomiędzy stopą procentową brutto a stopą procentową netto, wyliczoną zgodnie ze wzorem na obliczanie stopy procentowej netto określonym w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. **Koszty związane z inwestowaniem**
Z aktywów Funduszu pokrywane są koszty związane z inwestowaniem, opłaty związane z przechowywaniem i lokowaniem aktywów Funduszu pobierane przez banki i podmioty prowadzące działalność maklerską, odsetki od zaciągniętych przez Fundusz kredytów i pożyczek oraz podatki i opłaty wynikające z przepisów prawa.

Artykuł 6. Podział Zysku

Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji, po zapłaceniu należnych podatków, powiększają wartość aktywów Funduszu.

Artykuł 7. Likwidacja Funduszu

1. Towarzystwo może dokonać likwidacji Funduszu. Likwidacja Funduszu może nastąpić w przypadku:
 - a) decyzji Towarzystwa podjętej w związku ze zmianą oferty produktowej dotyczącej likwidowanego Funduszu lub
 - b) zmiany w obowiązujących przepisach prawa, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na likwidowany Fundusz.
2. W takim przypadku Towarzystwo zaoferuje Ubezpieczającemu inny fundusz. Likwidacja Funduszu oraz wprowadzenie do oferty innego funduszu nie stanowią zmiany Umowy.
3. Od dnia rozpoczęcia likwidacji Funduszu Towarzystwo zaprzestaje przyjmowania kolejnych składek określonych w § 5 Warunków Umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo nie później niż w terminie 45 dni przed likwidacją Funduszu powiadomi pisemnie Ubezpieczającego o tym fakcie i przedstawi Ubezpieczającemu ofertę zmiany dotychczasowego Funduszu na inny fundusz. Towarzystwo prześle także regulamin nowego funduszu.
5. W przypadku akceptacji przez Ubezpieczającego oferty, o której mowa w ust. 4 powyżej, Towarzystwo powiadomi pisemnie Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego o tym fakcie, wskazując termin na złożenie dyspozycji dokonania zmiany Funduszu na inny fundusz.
6. Jeżeli Ubezpieczony złoży w wyznaczonym terminie skuteczną dyspozycję zmiany, wówczas Towarzystwo dokona zmiany zgodnie z otrzymaną dyspozycją.
7. W przypadku niewyrażenia zgody na zmianę Funduszu Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty środków z Konta zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
8. Wypłata zostanie dokonana na podstawie skutecznej dyspozycji Ubezpieczonego doręczonej Towarzystwu w terminie wskazanym w piśmie, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
9. Jeżeli Ubezpieczony nie złoży dyspozycji zmiany Funduszu lub dyspozycji wypłaty we wskazanym terminie, Towarzystwo przekaże wartość Konta z likwidowanego Funduszu do nowego funduszu. Towarzystwo potwierdzi Ubezpieczonemu dokonanie zmiany funduszu na piśmie.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Čłonek Zarządu Towarzystwa

Ochrona MetLife Plus

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego Umowa dodatkowa



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 10 Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia
2. koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 6 ust. 2 Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia
3. wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 13 Tabela Standardowych Opłat i Limitów Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia

Postanowienia ogólne § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe terminy oznaczają:

1. **Cena Netto jednostki** – cena obliczana zgodnie z Regulaminem.
2. **Data wymagalności świadczenia** – data uzyskania przez Ubezpieczonego uprawnień emerytalnych albo wcześniejszych uprawnień emerytalnych

przewidzianych powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, albo uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy w razie orzeczenia właściwego organu.

3. **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 90, j.t.), oraz dni wolnych od pracy ustanowionych przez Zarząd Towarzystwa.
4. **Dzień Wyceny Jednostki** – każdy Dzień roboczy, w którym Towarzystwo dokonuje wyceny jednostek.
5. **Jednostka Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** (zwana dalej „jednostką”) – środki finansowe (aktywa netto) każdego funduszu są podzielone na części zwane jednostkami lub częściami tych jednostek. Łączna liczba jednostek jest zwiększana poprzez nabycie nowych jednostek lub zmniejszana poprzez ich umorzenie. Liczba jednostek ustalana jest z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.
6. **Podpis wzorcowy** – zawarty w karcie rejestracyjnej podpis Ubezpieczonego stanowiący wzór, z którym będzie porównywany jego podpis pod

późniejszymi wnioskami i oświadczeniami.

7. **Procent Udziału Przypadający na Fundusz** – procent Udziału Ubezpieczającego lub Udziału Ubezpieczonego, jaki ma być inwestowany w dany UFK. W przypadku wyboru więcej niż jednego UFK procent udziału przypadający na każdy UFK odpowiednio w Udziale Ubezpieczającego i Udziale Ubezpieczonego nie może być mniejszy od minimalnego udziału określonego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, a suma procentowych udziałów musi się równać 100% zarówno dla Udziału Ubezpieczającego, jak i Udziału Ubezpieczonego. W przypadku finansowania Udziału Ubezpieczającego oraz Udziału Ubezpieczonego na rzecz jednego Ubezpieczonego istnieje możliwość wskazania procentu udziału przypadającego na UFK oddzielnie dla każdego Rachunku.
8. **Rachunek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** (zwany dalej „Rachunkiem”) – indywidualny rachunek Ubezpieczonego, na którym gromadzone są jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego albo Udziału Ubezpieczonego. W przypadku finansowania Udziału Ubezpieczającego oraz Udziału Ubezpieczonego na rzecz jednego Ubezpieczonego tworzone są dwa Rachunki, oddzielnie dla Udziału Ubezpieczonego i oddzielnie dla Udziału Ubezpieczającego. Jednostki zgromadzone na Rachunku stanowią część łącznej liczby jednostek funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego we wnioskach lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę.
9. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** (zwany dalej „Regulaminem”) – odrębny dokument stanowiący załącznik do niniejszych Warunków, zawierający opis funduszy, sposób ich tworzenia i zarządzania, stanowiący integralną część Umowy dodatkowej.
10. **Rok Ubezpieczenia Ubezpieczonego** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
11. **Składka za Umowę dodatkową** – składka z tytułu Umowy dodatkowej grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego Nasz Fundusz finansowana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
12. **Tabela Standardowych Opłat i Limitów** – odrębny dokument stanowiący załącznik do Umowy dodatkowej, zawierający informację o standardowych opłatach i limitach, stanowiący integralną część Umowy dodatkowej.
13. **Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** (zwany dalej „funduszem” lub „UFK”) – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy tworzony przez Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013, nr 950, j.t.), którego środki są inwestowane w sposób określony w Regulaminie.
14. **Udział Ubezpieczającego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę dodatkową finansowana przez Ubezpieczającego, przeznaczona na zakup jednostek.
15. **Udział Ubezpieczonego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę Dodatkową finansowana przez Ubezpieczonego, przeznaczona na zakup jednostek.
16. **Wartość Rachunku** – wyrażona w polskich złotych łączna wartość jednostek, będąca sumą iloczynów liczby jednostek zgromadzonych na Rachunku w poszczególnych funduszach i Ceny Netto jednostek tych funduszy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć lub dożycie przez Ubezpieczonego Daty wymagalności świadczenia.

Odpowiedzialność Towarzystwa § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z datą wygaśnięcia ubezpieczenia na życie.

Wymagana dokumentacja § 5

Ubezpieczający zobowiązany jest sporządzić, prowadzić oraz na bieżąco aktualizować i przysłać Towarzystwu wykaz zgodny ze wzorem Towarzystwa, w wersji papierowej i elektronicznej, stanowiący listę Ubezpieczonych, zawierający: imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego, wysokość składek finansowanych zarówno przez Ubezpieczającego jak i przez Ubezpieczonego, przekazywanych na rzecz każdego Ubezpieczonego, oznaczenie UFK wybranego przez każdego z Ubezpieczonych oraz wskazanie Procentu Udziału Przypadającego na dany UFK, osobno dla składki finansowanej przez Ubezpieczającego oraz przez Ubezpieczonego. Wykaz ten powinien być przesłany do Towarzystwa na 2 dni robocze przed dokonaniem wpłaty składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia na rachunek Towarzystwa.

Zarządzanie Rachunkiem § 6

W okresie obowiązywania Umowy dodatkowej na Rachunku prowadzone będą

operacje dopisywania i potrącania jednostek:

1. Dopisywanie jednostek w związku z wpłatą Składki za Umowę dodatkową
 - 1) Środki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego przeliczane są na jednostki UFK wskazanych przez Ubezpieczającego zgodnie z wnioskiem o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub w dostarczonych Towarzystwu w terminie późniejszym pisemnych wnioskach, lub w innej formie zaakceptowanej przez stronę. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia może przenieść na Ubezpieczonych prawo do wskazania UFK, w których będzie inwestowany Udział Ubezpieczającego, oraz prawo do określenia Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz.
 - 2) Środki pochodzące z Udziału Ubezpieczonego przeliczane są na jednostki UFK zgodnie z określonym przez Ubezpieczonego w karcie rejestracyjnej lub w pisemnej deklaracji zmiany Procentem Udziału Przypadającego na Fundusz.
 - 3) Liczba jednostek danego UFK dopisywanych do Rachunku obliczana jest poprzez podzielenie wartości odpowiedniego Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz przez Cenę Netto jednostki tego UFK z pierwszego dnia roboczego następującego po dacie uznania środków na rachunku Towarzystwa pod warunkiem otrzymania wykazu zgodnie z § 5 oraz pod warunkiem opłacenia Składki za Umowę dodatkową zgodnej z przesłanym wykazem. W przypadku niespełnienia warunków wymienionych w zdaniu poprzedzającym Udział zostanie przeliczony na jednostki niezwłocznie według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po otrzymaniu wykazu lub po otrzymaniu pisemnego wyjaśnienia dotyczącego rozbieżności pomiędzy otrzymanym wykazem a wpłaconą Składką.
 - 4) W przypadku płatności pierwszej Składki za Umowę dodatkową zakup jednostek nastąpi według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z następujących dat:
 - a) dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą pierwszej Składki za Umowę dodatkową,
 - b) dacie wejścia w życie Umowy dodatkowej,pod warunkiem otrzymania wykazu zgodnie z § 5 oraz pod warunkiem opłacenia Składki za umowę dodatkową zgodnej z przesłanym wykazem. W przypadku niespełnienia warunków wymienionych w zdaniu poprzedzającym Udział zostanie przeliczony na jednostki niezwłocznie według Ceny Netto jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po otrzymaniu wykazu lub po otrzymaniu pisemnego wyjaśnienia dotyczącego rozbieżności pomiędzy otrzymanym wykazem a wpłaconą Składką.
2. Potrącenia jednostek (umorzenie jednostek)
 - 1) Z tytułu administrowania Rachunkiem Towarzystwo będzie pobierać opłatę administracyjną, która składa się z części stałej oraz części zmiennej, określonej jako procent od Wartości Rachunku.
 - 2) Wysokość opłaty administracyjnej określona jest w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów, chyba, że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa inną wysokość opłaty administracyjnej. Opłata ta po przeliczeniu na jednostki, według Ceny Netto jednostki, zostanie potrącona z Rachunku obciążając każdy z UFK proporcjonalnie do jego udziału w Wartości Rachunku.
 - 3) Pierwsze potrącenie opłaty nastąpi w dniu, w którym jednostki zostały po raz pierwszy dopisane do Rachunku według Ceny Netto jednostki z daty objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Kolejne potrącenia będą dokonywane co miesiąc, w dniu odpowiadającym dacie objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Gdy dzień ten będzie dniem wolnym od pracy, operacja ta zostanie przeprowadzona w najbliższym następującym po nim dniu roboczym.
3. Towarzystwo będzie także prowadziło na Rachunku wszelkie inne operacje, które zostały opisane w niniejszych Warunkach. Zwiększenie (zakup) lub zmniejszenie (umorzenie) liczby jednostek na Rachunku dokonywane jest według Ceny Netto jednostki na dzień operacji, o ile inne postanowienia Umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
4. Jeżeli operacje, o których mowa w ust. 2 i 3 powyżej, są realizowane w tym samym dniu, ich kolejność jest następująca:
 - a) przeniesienie środków pomiędzy UFK – najpierw umorzenie jednostek wskazanych UFK, a następnie nabycie jednostek wybranych UFK,
 - b) wypłata całkowita lub częściowa – umorzenie jednostek UFK,
 - c) potrącenie procentowej opłaty administracyjnej, stałej opłaty administracyjnej – umorzenie jednostek UFK.
5. Wysokość opłaty administracyjnej może wzrosnąć co najwyżej o wskaźnik równy większemu z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Wskaźnik ten jest ustalany dla okresu od dnia ostatniej zmiany wysokości opłaty do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość. Zmiany te nie stanowią zmiany Umowy. W tym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane do poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach.
6. Po upływie każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potwierdzi Wartość Rachunków każdego z Ubezpieczonych.

Wpłata dodatkowa § 7

Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mają prawo do dokonania wpłaty dodatkowej, po uprzednim pisemnym powiadomieniu i po potwierdzeniu przez Towarzystwo. Minimalną wysokość wpłaty dodatkowej określa Tabela Standardo-

wych Opłat i Limitów, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa minimalną wysokość wpłaty dodatkowej. Wpłata dodatkowa zostanie przeznaczona w całości (100% alokacji) na zakup jednostek zgodnie z wyborem UFK oraz wskazaniem Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz, dokonany odpowiednio przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ustęp 1 punkt 1).

Dla każdego UFK liczba jednostek dopisywanych do Rachunku jest obliczana poprzez podzielenie procentu wpłaty dodatkowej przypadającej na ten UFK przez Cenę Netto jednostki tego UFK z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z dat:

- dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą wpłaty dodatkowej,
- dacie wpływu do Towarzystwa pisemnego powiadomienia o opłaceniu wpłaty dodatkowej.

Zmiana ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego § 8

- W trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą dokonać przeniesienia całości lub części środków pochodzących odpowiednio z Udziału Ubezpieczającego lub z Udziału Ubezpieczonego do innego UFK zgodnie z warunkami określonymi w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa inne warunki, oraz po uprzednim przekazaniu do biura głównego Towarzystwa pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu internetowego e-klient, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony pisemnie przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa.
- Jeżeli zgodnie z zapisami § 6 ustęp 1 punkt 1) Ubezpieczający dokonał przeniesienia na Ubezpieczonego prawa do wskazania UFK, w których inwestowany będzie Udział Ubezpieczającego, prawo do przeniesienia środków pochodzących z tego Udziału przysługiwać będzie Ubezpieczonemu.
- W przypadku przeniesienia całości lub części środków zgromadzonych w danym UFK do innego UFK Towarzystwo dokona umorzenia odpowiedniej ilości jednostek i przeliczy kwotę powstałą w wyniku powyższej operacji na zakup jednostek innych UFK, zgodnie ze wskazaniem odpowiednio Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
- Obie transakcje zostaną dokonane w tym samym czasie w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące w dniu przeprowadzenia zmiany, w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
- W przypadku niedotrzymania terminu podanego w ust. 4 powyżej Towarzystwo przeprowadzi tę operację w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
- Opłata związana ze zmianą UFK, określona w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów lub Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunku proporcjonalnie do udziału każdego docelowego UFK w kwocie transferowanej. W przypadku jednoczesnej zmiany kilku UFK Towarzystwo pobiera z Rachunku jedną, opłatę określoną w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów lub Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

Zmiana Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz § 9

- W trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą dokonać zmiany Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz w odniesieniu odpowiednio do Udziału Ubezpieczającego lub Udziału Ubezpieczonego. Zmiana dokonywana jest zgodnie z warunkami określonymi w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa inne warunki, oraz po uprzednim przekazaniu do biura głównego Towarzystwa pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu internetowego e-klient, lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony pisemnie przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa. Suma Procentów Udziału Przypadających na Fundusze musi się równać 100% zarówno dla Udziału Ubezpieczającego, jak i Udziału Ubezpieczonego.
- Jeżeli zgodnie z zapisami § 6 ustęp 1 punkt 1) Ubezpieczający dokonał przeniesienia na Ubezpieczonego prawa do wskazania UFK, w których inwestowany będzie Udział Ubezpieczającego, prawo do zmiany Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz w odniesieniu do tego Udziału przysługiwać będzie Ubezpieczonemu.
- Rejestracja wniosku o zmianę Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz nastąpi w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa
- Począwszy od najbliższej składki zaksięgowanej na Rachunku po dacie rejestracji wniosku o zmianę Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz, Udziału Ubezpieczającego i Ubezpieczonego będą przeliczane na jednostki nowych UFK.
- Opłata związana ze zmianą Procentu Udziału Przypadającego na Fundusz, określona w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów lub w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunku proporcjonalnie do udziału każdego UFK w Wartości Rachunku na dzień przeprowadzenia zmiany.

Wypłata środków § 10

- Ubezpieczający powiadomi Towarzystwo na piśmie nie później niż do Daty wymagalności świadczeń o dokonany przez Ubezpieczonego wyborze wariantu wypłaty świadczenia będącego w aktualnej ofercie Towarzystwa. W przypadku innym niż wypłata jednorazowa warunki wypłaty świadczenia określi odrębna umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym i Towarzystwem.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Wartość Rachunku w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
- W przypadku wygaśnięcia uprawnienia do ubezpieczenia przed Datą wymagalności świadczenia lub w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty Wartości Rachunku zgodnie z postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
- Wypłata 100% Wartości Rachunku przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia w zakresie niniejszej Umowy dodatkowej.
- Wypłata Wartości Rachunku w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia skutkuje utratą prawa do ponownego objęcia ubezpieczeniem w przyszłości.
- Towarzystwo wypłaci Wartość Rachunku zgodnie z warunkami określonymi w ust. 1 i 3 pod warunkiem dostarczenia przez Ubezpieczonego pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpieczonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa. W takim przypadku Towarzystwo dokona umorzenia jednostek każdego z UFK w ciągu 7 dni roboczych, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
- W przypadku niedotrzymania terminu podanego w ust. 6 powyżej Towarzystwo przeprowadzi tę operację w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
- Wartość Rachunku zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni roboczych od daty umorzenia jednostek.
- W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Odstąpienie od Umowy dodatkowej § 11

- W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej zgodnie z § 4 ust. 1 OWU Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu:
 - wartość Rachunków obliczoną w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące w dniu realizacji wniosku o odstąpienie od Umowy oraz
 - różnicę pomiędzy składką opłaconą z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej a wysokością udziałów.Zwrot kwoty określonej powyżej nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.
- Ubezpieczony ma prawo wystąpienia z Umowy dodatkowej ze skutkiem odstąpienia od tej umowy w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez niego po raz pierwszy informacji rocznej o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej, w tym informacji o Wartości Rachunku.
- W przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej na prawach odstąpienia zgodnie z ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Wartość Rachunku pochodzącego z Udziału Ubezpieczonego według Ceny Netto jednostek obowiązujących w dniu otrzymania przez Towarzystwo pisemnego wniosku o wystąpienie z Umowy dodatkowej oraz po potrąceniu opłaty wskazanej w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów. Wypłata Wartości Rachunku pochodzącego z Udziału Ubezpieczającego zostanie dokonana na zasadach oraz w terminie określonych w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po potrąceniu opłaty wskazanej w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej § 12

- Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - za wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień najbliższej rocznicy umowy następującej po dacie doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu,
 - z upływem okresu prolongaty w przypadku niezapłacenia składki w Terminie wymagalności, jeżeli Ubezpieczający nie ureguluje zaległej składki w dodatkowym terminie siedmiu dni od dnia doręczenia mu wezwania zawierającego pouczenie o skutkach uchylenia się od zapłaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następu-

- jącego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania, o którym mowa w niniejszym punkcie, 3) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 punkt 2) Umowę dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
 3. Obowiązek opłacania składek przez Ubezpieczającego ustaje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Opłata z tytułu rozwiązania Umowy dodatkowej § 13

W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego Towarzystwo potrąci z Rachunków opłatę stanowiącą procent od Wartości Rachunków określoną w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów. Opłata ta po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunków, obciążając każdy z UFK proporcjonalnie do jego udziału w Wartości Rachunku.

Przeniesienie środków zgromadzonych na Rachunkach § 14

1. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na pisemny wniosek Ubezpieczającego, który jednocześnie wyraził wolę przeniesienia środków do innej, wskazanej instytucji finansowej, Towarzystwo przeniesie do niej Wartość Rachunków pomniejszoną o opłatę określoną w § 13.
2. Poczynając od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenia, które były należne przed tym dniem.
3. Przeniesienie środków zostanie dokonane w terminie 30 dni od daty rozwiązania Umowy dodatkowej i będzie jednoznaczne z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z Umowy dodatkowej wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonych. Jeżeli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa dodatkowe warunki dotyczące terminu wypłaty Wartości Rachunku, na którym gromadzone były jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego, to warunki te mają zastosowanie również w przypadku opisanym w niniejszym paragrafie.

Likwidacja rachunków w następstwie rozwiązania Umowy dodatkowej § 15

1. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej i złożenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o likwidację Rachunków Ubezpieczonemu przysługiwać będzie wypłata Wartości Rachunku pomniejszona o opłatę określoną w § 13.
2. Wypłata zostanie dokonana w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu wypowiedzenia oraz daty otrzymania dyspozycji Ubezpiezonego o sposobie przekazania środków.
3. Jeżeli Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa dodatkowe warunki dotyczące terminu wypłaty Wartości Rachunku, na którym gromadzone były jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego, to warunki te mają zastosowanie również w przypadku opisanym w niniejszym paragrafie.

Skutki braku oświadczenia o zadysponowaniu środkami zgromadzonymi na rachunkach § 16

1. Jeżeli Ubezpieczający nie doręczy Towarzystwu pisemnej decyzji o przeniesieniu środków i sposobie ich przekazania lub o likwidacji Rachunków,

Rachunki będą prowadzone tak długo, jak łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 będzie niższa niż Wartość Rachunków, jednak nie dłużej niż do dnia najwcześniejszego z wymienionych zdarzeń:

- a) łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 jest większa niż lub równa Wartości Rachunków lub
 - b) doręczenie Towarzystwu pisemnego wniosku o przeniesienie środków zgodnie z § 14 niniejszych warunków, lub
 - c) doręczenie Towarzystwu pisemnego wniosku Ubezpieczającego o likwidację Rachunków zgodnie z § 15 niniejszych warunków.
2. Wszelkie opłaty określone w § 6 będą naliczane przez cały czas prowadzenia Rachunków.

Częściowa wypłata § 17

1. Ubezpieczony może dokonać częściowej wypłaty zgodnie z warunkami określonymi w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa inne warunki, na podstawie dostarczonego do Towarzystwa pisemnego wniosku Ubezpiezonego na formularzu Towarzystwa lub w innej formie zaakceptowanej przez strony. Wniosek złożony przez Ubezpiezonego powinien być podpisany zgodnie z podpisem wzorcowym będącym w posiadaniu Towarzystwa.
2. Częściowa wypłata spowoduje umorzenie jednostek UFK zgromadzonych na Rachunku zgodnie ze wskazaniem Ubezpiezonego we wniosku o częściową wypłatę.
3. Towarzystwo dokona umorzenia jednostek wskazanych UFK w ciągu siedmiu dni roboczych, licząc od daty wypłynięcia skutecznego wniosku do Towarzystwa, według Cen Netto jednostek obowiązujących w dniu umorzenia.
4. W przypadku niedotrzymania terminu podanego w punkcie 3 powyżej Towarzystwo dokona umorzenia jednostek niezwłocznie w oparciu o Ceny Netto jednostek obowiązujące siódmego dnia roboczego, licząc od daty doręczenia skutecznego wniosku do Towarzystwa.
5. Kwota, jaka zostanie wypłacona, to wartość częściowej wypłaty pomniejszona o opłatę z tytułu częściowej wypłaty, określoną w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów lub w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia. Opłaty i potrącenia z tytułu częściowej wypłaty mają zastosowanie do poszczególnych UFK proporcjonalnie do ich udziału w wartości częściowej wypłaty. Wartość częściowej wypłaty zostanie przekazana zgodnie z dyspozycją Ubezpiezonego niezwłocznie, nie później niż w terminie siedmiu dni roboczych od daty umorzenia jednostek.
6. Złożenie przez Ubezpiezonego wniosku o częściową wypłatę w wysokości 100% Wartości Rachunku przed wygaśnięciem uprawnienia do ubezpieczenia jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia w zakresie Umowy Dodatkowej. W takim przypadku zastosowanie ma § 10 ust. 5.

Aktualizacja informacji § 18

Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznej aktualizacji informacji w przypadku zmiany okoliczności mających wpływ na jego status jako podatnika USA.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą umową dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

Nasz Fundusz

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

Artykuł 1. Wykaz oferowanych UFK, charakterystyka aktywów wchodzących w skład UFK oraz zasady ich dywersyfikacji

W ramach Umowy dodatkowej oferowane są wymienione niżej ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane dalej „UFK”, utworzone przez Towarzystwo na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej w celu lokowania składek wpłaconych z tytułu umów ubezpieczenia zawartych przez Towarzystwo. UFK stanowią wydzieloną część aktywów Towarzystwa.

Celem inwestycyjnym UFK jest wzrost wartości jego aktywów.

Wartość aktywów UFK jest zmienna i zależy od sytuacji rynkowej, tym samym UFK nie oferują gwarantowanych zysków, a ryzyko inwestycyjne leży po stronie Ubezpieczonego.

W ramach UFK mogą być oferowane różne typy jednostek. Typ jednostki oferowany w ramach danej umowy ubezpieczenia określony jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

UFK OBLIGACYJNY (OBLIGACYJNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez konserwatywne inwestowanie powierzonych środków. Aktywa Funduszu są lokowane w obligacje (80-100%) i w krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0-20%). W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK STABILNEGO WZROSTU (STABILNEGO WZROSTU)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie powierzonych środków w instrumenty finansowe o zróżnicowanym poziomie ryzyka. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (20-40%), obligacje (40-60%) i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0-40%).

W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK DYNAMICZNY (DYNAMICZNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie w instrumenty finansowe charakteryzujące się dużym potencjałem wzrostu i podwyższonym ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (60-80%), obligacje i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (20-40%).

W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK PIENIĘŻNY (PIENIĘŻNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie stopy zwrotu wyższej niż w przypadku krótkoterminowych lokat bankowych. Fundusz charakteryzuje się bardzo niskim ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu lokowane są w instrumenty krótkoterminowe z okresem zapadalności nie dłuższym niż 1 rok: obligacje oraz inne instrumenty rynku pieniężnego (70-100%), przy czym zaangażowanie w bony, obligacje i instrumenty rynku pieniężnego emitowane przez Skarb Państwa wynosi od 40% do 100% portfela Funduszu; do 30% wartości aktywów Funduszu może być lokowane w depozyty bankowe oraz w gotówkę.

Artykuł 2. Aktywa UFK i ich wycena

Wartość lokat wchodzących w skład aktywów funduszy będzie ustalana według wartości godziwej. W szczególności oznacza to następujące metody wyceny dla poszczególnych instrumentów finansowych:

- instrumenty finansowe notowane na rynku regulowanym – po kursie zamknięcia ustalonym w obrocie regulowanym (przez Giełdę Papierów Wartościowych S.A. lub inną wiarygodną instytucję finansową);
- instrumenty finansowe nienotowane na rynku regulowanym – według wartości godziwej oszacowanej w szczególności przy użyciu: modelu wyceny, kursu zamknięcia instrumentu na alternatywnym systemie obrotu, skorygowanej ceny nabycia przy zastosowaniu efektywnej stopy procentowej pomniejszonej o odpisy z tytułu trwałej utraty wartości lub innych dopuszczonych prawem metod szacowania wartości godziwej.

Wartość aktywów netto danego UFK jest to wartość aktywów pomniejszona o zobowiązania tego UFK. Zmiana wartości aktywów netto danego UFK, wynikająca z działalności inwestycyjnej, jest dzielona na poszczególne typy jednostek tego UFK, proporcjonalnie do wartości aktywów netto przypadających na dany typ jednostki, które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.

Artykuł 3. Kryteria doboru aktywów

- Inwestycje funduszy w dłużne papiery wartościowe są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - bieżącego oraz przewidywanego poziomu rynkowych stóp procentowych,
 - ryzyka kredytowego odnoszącego się do emitentów poszczególnych papierów wartościowych,
 - płynności poszczególnych papierów wartościowych.
- Inwestycje funduszy w akcje są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - udziału akcji w indeksach giełdowych,
 - porównania wyceny akcji na podstawie analizy fundamentalnej do bieżących cen rynkowych,
 - płynności akcji.
- Dokładny udział lokat aktywów funduszy w dłużne papiery wartościowe i akcje będzie uzależniony od decyzji podejmowanych przez fundusze na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - relatywnej wyceny poszczególnych klas aktywów,
 - przewidywań odnośnie rozwoju sytuacji na rynku akcji i dłużnych papierów wartościowych w przyszłości.
- Inwestycje funduszy w papiery wartościowe denominowane w walutach obcych są podejmowane również na podstawie analiz dotyczących ryzyka kursowego tych walut.

Artykuł 4. Ryzyko inwestycyjne

W oferowanych przez Towarzystwo UFK występują następujące ryzyka inwestycyjne:

- ryzyko inflacji** – rozumie się przez to ryzyko spadku siły nabywczej środków pieniężnych wynikające ze wzrostu poziomu cen w gospodarce. Istnienie inflacji powoduje, że osiągnięta stopa zwrotu (z uwzględnieniem inflacji) może być istotnie różna od nominalnej stopy zwrotu (bez uwzględnienia inflacji);
- ryzyko kredytowe** – ryzyko zmiany wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK, na skutek spadku ceny instrumentu finansowego, spowodowane niewypłacalnością jego emitenta lub niewypłacalnością gwaranta tego instrumentu, zmianą ratingu emitenta lub rozszerzeniem się różnicy między rentownościami obligacji skarbowych i korporacyjnych;
- ryzyko rynkowe** – to ryzyko utraty wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK, na skutek niekorzystnych zmian cen rynkowych instrumentów finansowych stanowiących lokaty UFK, wywołanych przede wszystkim zmianami warunków ekonomicznych danego rynku. Rodzajem ryzyka rynkowego jest ryzyko stopy procentowej, czyli ryzyko utraty wartości aktywów na skutek zmian rynkowych stóp procentowych, oraz ryzyko rynków akcji, czyli ryzyko utraty wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK na skutek niekorzystnych zmian rynkowych cen akcji;
- ryzyko płynności** – ryzyko utraty wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK, związane z brakiem możliwości przeprowadzenia transakcji instrumentem finansowym w krótkim czasie bez istotnego wpływu na jego cenę;
- ryzyko walutowe** – ryzyko utraty wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK, na skutek spadku wartości instrumentów denominowanych w walutach obcych w wyniku zmian kursów walutowych;
- ryzyko związane z przechowywaniem aktywów** – wynika z możliwości nienależytego wywiązywania się ze swoich obowiązków przez depozytariusza UFK;
- ryzyko koncentracji aktywów lub rynków** – ryzyko utraty wartości aktywów, w które są inwestowane środki UFK, z powodu dużego zaangażowania w instrumenty, dla których prawdopodobieństwo spadku wartości jest zależne od wspólnych czynników;
- ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanego zwrotu z inwestycji w jednostki** – może wynikać z przyjętej strategii zarządzania UFK.

Artykuł 4. Obliczanie ceny netto jednostki

- Cena Netto jednostki poszczególnych typów dla każdego UFK jest obliczana w Dniu wyceny jednostki. Cena Netto jednostki danego typu w dniu, w którym nastąpiło pierwsze zbycie tej jednostki, będzie równa łącznej wartości aktywów netto danego UFK (sumie aktywów netto przypadających na wszystkie typy jednostek UFK) podzielonej przez łączną liczbę jednostek UFK (sumę jednostek wszystkich typów), które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.

- Cena Netto jednostki danego typu jest równa wartości aktywów netto UFK przypadających na dany typ jednostki w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki, podzielonej przez liczbę jednostek danego typu tego UFK w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki. Cena Netto jednostki ustalana jest z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Wartość aktywów każdego UFK jest wyliczana zgodnie z artykułem 2 niniejszego Regulaminu.
- Dniem utworzenia UFK był dzień:
 - 1.06.2001 roku dla UFK Obligacyjnego, UFK Stabilnego Wzrostu oraz UFK Dynamicznego,
 - 15.12.2009 roku dla UFK Pieniężnego.

Cena Netto jednostki dla każdego UFK na dzień, o którym mowa powyżej, została ustalona następująco, przy czym podane niżej ceny dotyczą jednostek typu podstawowego:

UFK Obligacyjny – 10,00 złotych,
UFK Stabilnego Wzrostu – 10,00 złotych,
UFK Dynamiczny – 10,00 złotych,
UFK Pieniężny – 10,00 złotych.

Artykuł 5. Koszty ubezpieczeniowego Funduszu kapitałowego

- Oplaty za zarządzanie
Towarzystwo będzie pobierać z tytułu zarządzania UFK opłaty w skali rocznej od wartości aktywów poszczególnych UFK, przypadających na dany typ jednostki. Wysokość opłat w skali rocznej określona jest w Tabeli Standardowych Opłat i Limitów, chyba że Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa inną wysokość opłat za zarządzanie.
Opłata za zarządzanie naliczana jest w każdym Dniu wyceny, odrębnie dla każdego UFK i typu jednostki, od wartości aktywów netto tego UFK przypadających na dany typ jednostki, która była podstawą poprzedniej wyceny jednostki.
- Koszty związane z inwestowaniem
Z aktywów UFK pokrywane są koszty związane z inwestowaniem, opłaty związane z przechowywaniem i lokowaniem aktywów UFK pobierane przez banki i podmioty prowadzące działalność maklerską, odsetki od zaciągniętych przez UFK kredytów i pożyczek, koszty wyceny jednostek oraz podatki i opłaty wynikające z przepisów prawa.

Artykuł 6. Podział zysku

Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji, po zaplaceniu należnych podatków, powiększają wartość aktywów każdego UFK, jak również zwiększają wartość jednostek.

Łukasz Kalinowski



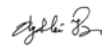
Prezes Zarządu Towarzystwa

Artykuł 7. Dodanie, zmiana nazwy, aktualizacja informacji, likwidacja Funduszu

- Towarzystwo może rozszerzyć listę UFK o nowy UFK oraz bez zmiany strategii inwestycyjnej UFK może zmienić nazwę oferowanego UFK. W takim przypadku Towarzystwo udostępni aktualny wykaz UFK w biurze głównym Towarzystwa, jego uprawnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej Towarzystwa oraz w aplikacji e-klient.
- Towarzystwo może dokonać likwidacji UFK. Likwidacja UFK może nastąpić w przypadku:
 - decyzji Towarzystwa podjętej w związku ze zmianą oferty produktowej dotyczącej likwidowanego UFK lub
 - zmiany w obowiązujących przepisach prawa, jeżeli zmiany te będą miały wpływ na likwidowany UFK.
- Rozwiązanie UFK następuje po przeprowadzeniu jego likwidacji. Od dnia rozpoczęcia likwidacji UFK zaprzestaje zbywania jednostek ubezpieczeniowych danego UFK.
- Towarzystwo w terminie nie krótszym niż 45 dni przed dniem rozpoczęcia likwidacji UFK powiadomi pisemnie Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego o tym fakcie, wskazując termin na złożenie dyspozycji dokonania zmiany UFK lub zmiany podziału składki inwestowanej pomiędzy UFK w części dotyczącej likwidowanego UFK.
- Jeżeli Ubezpieczony, który posiada środki w likwidowanym UFK, złoży w wyznaczonym terminie skuteczną dyspozycję zmiany, o której mowa w pkt 4 powyżej, wówczas Towarzystwo dokona zmiany zgodnie z otrzymaną dyspozycją.
- Jeżeli Ubezpieczony, który posiada środki w likwidowanym UFK nie dokona jego zmiany na inny UFK w terminie podanym w piśmie, o którym mowa w pkt 4 powyżej, wówczas Towarzystwo przekaze środki z likwidowanego UFK do innego UFK, którego strategia inwestycyjna spośród wszystkich UFK oferowanych w ramach Umowy dodatkowej jest najbardziej zbliżona do likwidowanego UFK. Towarzystwo potwierdzi Ubezpieczonemu fakt dokonania takiej zmiany na piśmie.
- Jeżeli po rozpoczęciu likwidacji UFK Ubezpieczony złoży dyspozycję zmiany na UFK będący w trakcie likwidacji, wówczas Towarzystwo odmówi dokonania wnioskowanej zmiany, o czym poinformuje Ubezpieczonego na piśmie.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

Tabela Standardowych Opłat i Limitów do Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Nasz Fundusz

I. OPŁATY I LIMITY ZWIĄZANE ZE SKŁADKAMI

Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej finansowanej przez Ubezpieczonego	500 zł
Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej finansowanej przez Ubezpieczającego	1000 zł
Minimalny Procent Udziału Przypadający na UFK	10%

II. OPŁATY I LIMITY ZWIĄZANE Z PRZENOSZENIEM ŚRODKÓW POMIĘDZY UFK

Liczba zmian	Nieograniczona
Opłata za zmianę	0 zł za pierwszą zmianę w Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego
	20 zł, potrącone z Rachunku, za każdą dodatkową zmianę
	0 zł za zmiany zlecone za pośrednictwem portalu internetowego e-klient

WYJAŚNIENIE: Opłata za zmianę pobierana jest oddzielnie z każdego Rachunku Ubezpieczonego. Opłata w wysokości 20 zł za przenoszenie całości lub części środków pomiędzy UFK przeznaczana jest na pokrycie kosztów obsługi zmiany i związanej z nią korespondencji. Dlatego w przypadku zmiany dokonanej przez Ubezpieczonego za pośrednictwem portalu internetowego e-klient opłata ta nie jest pobierana.

III. OPŁATY I LIMITY ZWIĄZANE ZE ZMIANĄ PROCENTU UDZIAŁU PRZYPADAJĄCEGO NA UFK

Liczba zmian	Nieograniczona
Opłata za zmianę	0 zł za pierwszą zmianę w Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego
	20 zł, potrącone z Rachunku, za każdą dodatkową zmianę
	0 zł za zmiany zlecone za pośrednictwem portalu internetowego e-klient

IV. OPŁATY I LIMITY ZWIĄZANE Z DOKONANIEM CZĘŚCIOWEJ WYPŁATY

Liczba częściowych wypłat	Nieograniczona	
Opłaty z tytułu częściowej wypłaty	Kwotowa:	
	0 zł za pierwszą wypłatę w Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego 40 zł za drugą i każdą kolejną wypłatę w Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego	
	Procentowa:	
	Rok Ubezpieczenia Ubezpieczonego w ramach Umowy dodatkowej	Opłata (% Wartości Rachunku)
	1 rok 2 rok 3 rok 4 rok 5 rok 6 rok i lata następne	5% 4% 3% 2% 1% 0%

V. OPŁATY ZWIĄZANE Z ROZWIĄZANIEM UMOWY DODATKOWEJ LUB DOKONANIEM WYPŁATY PRZED WYGAŚNIĘCIEM UPRAWNIENIA DO UBEZPIECZENIA

Opłata związana z wystąpieniem Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej na warunkach odstąpienia opisanych w § 11	4% Wartości Rachunku	
Opłata związana z rezygnacją Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej	Rok Ubezpieczenia Ubezpieczonego w ramach Umowy dodatkowej	Opłata (% Wartości Rachunku)
	1 rok	5%
	2 rok	4%
	3 rok	3%
	4 rok	2%
	5 rok	1%
	6 rok i lata następne	0%
Opłata związana z rozwiązaniem Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego	Data rozwiązania Umowy dodatkowej	Opłata (% Wartości Rachunku)
	w 1 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	5%
	w 2 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	4%
	w 3 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	3%
	w 4 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	2%
	w 5 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	1%
Po 5 roku obowiązywania Umowy dodatkowej	0%	

VI. OPŁATY ADMINISTRACYJNE

stała od każdego Rachunku	1 zł
procentowa od wartości każdego Rachunku	1% rocznie

WYJAŚNIENIE: Opłata administracyjna pobierana jest co miesiąc. Pierwsze potrącenie opłaty nastąpi w dniu, w którym jednostki zostały po raz pierwszy dopisane do Rachunku według Ceny Netto jednostki z daty objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Kolejne potrącenia będą dokonywane co miesiąc, w dniu odpowiadającym dacie objęcia Ubezpieczonego Umową dodatkową. Gdy dzień ten będzie dniem wolnym od pracy, operacja ta zostanie przeprowadzona w najbliższym następującym po nim dniu roboczym.

VII. OPŁATY ZA ZARZĄDZANIE UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI

w przypadku UFK Pieniężnego	0,15%
w przypadku UFK Obligacyjnego	0,25%
w przypadku UFK Stabilnego Wzrostu	0,75%
w przypadku UFK Dynamicznego	1,00%

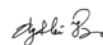
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

FORMY ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ I KATALOG DOKUMENTÓW WYMAGANYCH NA POTRZEBY ZŁOŻENIA ROSZCZENIA

Roszczenie o wypłatę Świadczenia może zostać zgłoszone:

- on-line** – przez portal e-roszczenie (zgłoszenie roszczenia on-line potwierdzone zostanie wygenerowaniem formularza – wniosku o wypłatę świadczenia – w formacie PDF). Wypełniony i własnoręcznie podpisany formularz wraz z wymaganymi dokumentami, które nie zostały dołączone do zgłoszenia on-line, powinny zostać przesłane do Departamentu Roszczeń na adres roszczenia@metlife.pl. W temacie wiadomości prosimy o wpisanie nadanego sprawie numeru roszczenia. Portal dostosowany jest do przeglądarek Chrome, Mozilla oraz Internet Explorer 10
- pocztą elektroniczną** – na adres roszczenia@metlife.pl (maksymalny rozmiar wiadomości wraz z załącznikami wynosi 8 MB)
- telefonicznie – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji, pod numer (+48) 22 523 50 70**
- korespondencyjnie – wysyłając wniosek roszczeniowy wraz z wymaganą dokumentacją na adres:**
Departament Roszczeń MetLife TUnZiR SA
ul. Przemysłowa 26
00-450 Warszawa
- osobiście** – odwiedzając biuro główne MetLife, ul. Przemysłowa 26, Warszawa
- w każdej Agencji MetLife na terenie całego kraju** – aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa

Informujemy, że Towarzystwo dopuszcza możliwość zgłoszenia roszczenia w formie skanów wymaganej dokumentacji, w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej, gdy łącznie należne świadczenie w przypadkach wyszczególnionych poniżej nie przekracza wymienionej kwoty:

- z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, śmierci naturalnej rodzica – do 5 000,00 zł,
- z tytułu uszczerbku na zdrowiu, Inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku (NW), całkowitego i trwałego inwalidztwa, trwałego inwalidztwa, złamania lub oparzenia, pobytu w szpitalu, operacji, niezdolności do pracy, osierocenia dziecka (jednocześnie bez konieczności poświadczania kopii dokumentów) – do 10 000,00 zł,
- z tytułu śmierci dziecka – do 15 000,00 zł w przypadku śmierci naturalnej lub do 30 000,00 zł w przypadku śmierci na skutek nieszczęśliwego wypadku (NW),
- z tytułu śmierci ubezpieczonego, śmierci małżonka – do 10 000,00 zł w przypadku śmierci naturalnej, jednocześnie bez konieczności poświadczania kopii dokumentów.

Jednocześnie, niezależnie od wyżej opisanej możliwości przesyłania dokumentacji w formie skanów, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów w formie określonej na stronie internetowej Towarzystwa lub w warunkach ubezpieczenia.

Towarzystwo niniejszym zastrzega sobie prawo zmiany limitów świadczeń wymienionych powyżej oraz prawo pisemnego odwołania możliwości elektronicznego zgłaszania roszczeń w sytuacji stwierdzenia przypadków wprowadzenia Towarzystwa w błąd lub oszustw ze strony osób zgłaszających roszczenie. Zmiana limitów oraz odwołanie możliwości elektronicznego zgłaszania roszczeń nie stanowi zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia. Towarzystwo poinformuje o zmianie Ubezpieczającego na piśmie z miesięcznym wyprzedzeniem.

Dokumenty potrzebne do zgłoszenia roszczenia:

- wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego

Ponadto wymagane będą dodatkowe dokumenty w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu:

Urodzenia się dziecka

- kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego Dziecka
- kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
- oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera

Śmierci rodzica

- kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- w przypadku śmierci rodziców małżonka – kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego

- w przypadku śmierci rodziców partnera – kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego
- w przypadku śmierci ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy rodzicem a ojczymem lub macochą
- w przypadku śmierci ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

- kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
- inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku

- kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie oraz informująca o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności
- kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
- inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka
- kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera
- kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka – oraz dodatkowo:
 - kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
 - kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba

Pobytu w szpitalu, złamania lub oparzenia, rekonwalescencji po pobycie w szpitalu, ubezpieczenia lekowego, operacji chirurgicznej

- kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka
- kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera
- kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka – oraz dodatkowo:
 - kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
 - kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

- kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
- inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Śmierci Ubezpieczonego

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego³⁾, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument
2. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
3. kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego³⁾, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument
4. oświadczenie pracownika o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
7. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Jeśli śmierć została spowodowana zawałem mięśnia sercowego lub udarem, dodatkowo:

8. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego

Śmierci małżonka / partnera

1. odpis skrócony aktu zgonu małżonka lub partnera w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego³⁾, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
3. oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

4. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
5. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Śmierci dziecka

1. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
3. potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku dzieci powyżej 19 roku życia
4. kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka niezdolnego do pracy
5. kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
6. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba
7. oświadczenie pracownika o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

8. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
9. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Osierocenia dziecka

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym

2. Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego³⁾, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego, lub przez organ wydający dokument
3. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego)
4. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka – w przypadku jego niepełnoletności
5. potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku dzieci powyżej 19 roku życia
6. kopia zaświadczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy, lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku niezdolności do pracy dziecka
7. kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
8. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba
9. oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera

Grożnej choroby, choroby nieuleczalnej, leczenia specjalistycznego, uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem mięśnia sercowego lub udarem

1. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie, lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego³⁾, lub przez Brokera, o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego
3. kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka
4. kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera
5. kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka
6. kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego
7. kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Ubezpieczonym a rodzicem dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy pasierba

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

8. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
9. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
10. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Niezdolności do pracy

1. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
2. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane)
3. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
4. kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka
5. kopia dokumentu tożsamości partnera oraz oświadczenie pracownika i partnera o pozostawaniu w związku pozamałżeńskim oraz niepozostawaniu w związku małżeńskim w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego – jeśli zdarzenie dotyczy partnera
6. kopia dokumentu tożsamości dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo:

7. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
8. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
9. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Telediagnozy

W przypadku roszczenia z tytułu Umowy dodatkowej Telediagnoza uprzejmie prosimy o bezpośredni kontakt z Konsorcjum WorldCare International Ltd., www.worldcare.pl, pod adresem e-mail: worldcare@worldcare.pl.

Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Państwa o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu prawidłowego zgłoszenia roszczenia z tytułu konsultacji medycznej.

Łukasz Kalinowski



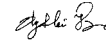
Prezes Zarządu Towarzystwa

*** Osoba uprawniona z ramienia Ubezpieczającego do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem to Pracownik Działu Kadr (Działu Personalnego) Ubezpieczającego lub Radca Prawny, lub Kierownik Sklepu, lub Kierownik Oddziału/Filii/Jednostki Terenowej Ubezpieczającego, poświadczający dokument pieczętą firmową, imienną, z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem.**

Jeśli się okaże, że do podjęcia decyzji niezbędne będą dodatkowe dokumenty, informujemy o tym niezwłocznie.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Agata Lem – Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W UBEZPIECZENIACH GRUPOWYCH

A. USZKODZENIA GŁOWY		% uszczerbku
<p>Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg pkt 1a.</p>		
1.	Uszkodzenia skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych), wymagające zaopatrzenia chirurgicznego (szwy itp.):	
a)	blizny skóry w zależności od łącznego rozmiaru:	1-5
i)	powyżej 5 cm do 8 cm	1-3
ii)	powyżej 8 cm do 10 cm	4-5
iii)	powyżej 10 cm	5
iv)	blizny poparzeniowe w stopniu IIB i III lub inne blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-5
b)	oskaldowanie – w zależności od powierzchni ubytku skóry owłosionej – za każde 2 cm ² ubytku skóry owłosionej 1%	1-15
<p>Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego uszczerbku, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy ubytkach kości czaszki (pkt 2) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (pkt 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg pkt 2 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg pkt 1.</p>		
2.	Ubytek w kościach czaszki (pourazowa strata tkanki kostnej na całej jej grubości):	
i)	na powierzchni większej od 1 cm ² do 10 cm ²	1-9
ii)	na powierzchni większej od 11 cm ² do 50 cm ²	10-19
iii)	na powierzchni większej od 50 cm ²	20-30
<p>Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, powtarzające się napady, typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna i szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.</p>		
3.	Porażenia i niedowłady pochodzenia ośrodkowego (uwzględniając skalę Lovett'a i/lub skalę Ashworth'a):	
a)	porażenie połowicze, porażenie lub niedowład bardzo dużego stopnia kończyn dolnych uniemożliwiający samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovett'a lub 5° według skali Ashworth'a)	100
b)	dużego stopnia niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° według skali Lovett'a lub 4° według skali Ashworth'a)	80
c)	średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3° według skali Lovett'a lub 3° według skali Ashworth'a)	50
d)	średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (4° według skali Lovett'a lub 2° według skali Ashworth'a)	25
e)	niedowład kończyny górnej bez niedowładu kończyny dolnej (prawa/lewa):	
I.	Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60/50
II.	Lovett 2°, Ashworth 4°	45/40
III.	Lovett 3°, Ashworth 3°	30/25
IV.	Lovett 4°, Ashworth 2°	15/13
f)	niedowład kończyny dolnej bez niedowładu kończyny górnej:	
I.	Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60
II.	Lovett 2°, Ashworth 4°	45
III.	Lovett 3°, Ashworth 3°	30
IV.	Lovett 4°, Ashworth 2°	15
<p>Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg pkt 8, uwzględniając, że całkowity uszczerbek z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg pkt 3e i 3f oddzielnie dla każdej kończyny. Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.</p>		
4.	Zespoły pozapiramidowe:	
a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
b)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju, uniemożliwiający jakąkolwiek pracę	60
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, wymagający stałego leczenia	30
d)	zaznaczony zespół pozapiramidowy wymagający stałego leczenia	10
<p>Uwaga: Rozpoznanie zespołu pozapiramidowego udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR), a także orzeczeniem o niezdolności do jakiegokolwiek pracy lub samodzielnej egzystencji.</p>		
5.	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielną egzystencję	100
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie, uniemożliwiające jakąkolwiek pracę	60
c)	utrudniające w umiarkowanym stopniu chodzenie	20
d)	dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10
<p>Uwaga: Rozpoznanie zespołu mózdkowego udokumentowane ambulatoryjnie i szpitalnie powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym, oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiegokolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR).</p>		
6.	Padaczka jednoznacznie rozpoznana jako pourazowa, leczona farmakologicznie, jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a)	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem, uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	100
b)	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, zmianami otępiennymi, uniemożliwiająca wykonywanie jakiegokolwiek pracy	60
c)	padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 2 napady w tygodniu i więcej	40
d)	padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	30
e)	padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	20
f)	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	10
<p>Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, powtarzające się napady, typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna i szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.</p>		
7.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a)	ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne skutkujące trwałą niezdolnością do samodzielnej egzystencji	100
b)	encefalopatia ze znacznymi zmianami psychicznymi, charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym trwale uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	60

Uwaga:

Rozpoznanie encefalopatii udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym i psychiatrycznym oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiegokolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

8. Zaburzenia mowy – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40
d) umiarkowana afazja, w niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20
e) afazja nieznacznej stopnia, dyskretnie zaburzenia	10
9. Zespoły podwzgórzowe o potwierdzonej etiologii pourazowej (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne trwałe zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego) – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) znacznie upośledzające czynności ustroju	30-60
b) nieznacznie upośledzające czynności ustroju	15-29
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący) – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
b) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
c) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-19
d) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-30
11. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) gałąź V1 – nerw oczny	1-5
b) gałąź V2 – nerw szczękowy	1-5
c) gałąź V3 – nerw żuchwowy	1-5
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzewego w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
d) uszkodzenie nerwu twarzewego łącznie z jednostronnym pęknięciem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	5
e) uszkodzenie nerwu twarzewego łącznie z obustronnym uszkodzeniem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	10
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	3-10
b) średniego stopnia	11-25
c) dużego stopnia	26-40
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) po stronie prawej (dominującej):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	10
b) po stronie lewej:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	7
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) częściowe	5
b) całkowite	15

B. USZKODZENIA TWARZY

	% uszczerbku
16. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) blizny skóry widoczne, szpeczące, w zależności od łącznego rozmiaru:	
i) powyżej 3 cm do 5 cm	1-15
ii) powyżej 5 cm do 9 cm	1-2
iii) powyżej 9 cm do 13 cm	3-6
iv) powyżej 13 cm do 17 cm	7-10
v) powyżej 17 cm	11-14
vi) blizny pooperacyjne w stopniu IIB i III lub inne blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 1 cm ²	15
b) oszpeczenie z miernymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	1-15
c) oszpeczenie połączone z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	1-5
d) oszpeczenie połączone ze znacznymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	6-15
	16-25
17. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń drożności nosa i oddychania – w zależności od rozległości uszkodzenia	2-4
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami drożności nosa i oddychania utrzymujące się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-15
c) utrata nosa w całości (łącznie z kością nosową)	30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, należy oceniać dodatkowo wg pkt 16.	
18. Utrata zębów – co najmniej 1/2 korony:	
a) utrata stałych siekaczy i kłów – za każdy ząb	1
b) utrata pozostałych zębów stałych – za każdy ząb – począwszy od dwóch	1
19. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
a) niewielkiego stopnia	1-3
b) średniego stopnia	4-7
c) znacznego stopnia	8-10
Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg pkt 10. W przypadku zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo według Tabeli ostrości wzroku, pkt 24. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpeczenie, oceniać jedynie wg pkt 16. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo wg pkt 20.	
20. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
21. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeczeniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpeczenia i powikłań:	
a) częściowa	25
b) całkowita	50

22. Ubytek podniebienia:	
a) powyżej 2 cm ² , bez zaburzeń mowy i połykania	2
b) powyżej 2 cm ² , z niewielkimi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10
c) powyżej 2 cm ² , z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	30
23. Urazy języka, w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności połykania:	
a) ubytki i zniekształcenia nieznacznie upośledzające odżywianie i mowę	1-5
b) ubytki i zniekształcenia znacznie upośledzające odżywianie i mowę	6-15
c) całkowita utrata języka	60

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

% uszczerbku

24. Utrata lub upośledzenie wzroku:	
a) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem, utratą gałki ocznej	40
b) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwałe uszczerbki określa się według następującej tabeli (odejmując uszczerbek istniejący przed urazem):	

TABELA OSTROŚCI WZROKU

		Ostrość wzroku oka prawego										
		1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
Ostrość wzroku oka lewego	1,0	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
	0,9	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
	0,8	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
	0,7	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
	0,6	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
	0,5	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
	0,4	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
	0,3	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
	0,2	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
	0,1	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
	0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji optycznej, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

25. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
26. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	wg Tabeli
a) rozdarcie naczyńki jednego oka	ostrości
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	wzroku
c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
27. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	wg Tabeli
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	ostrości
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wzroku
c) ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg Tabeli
	ostrości
	wzroku
29. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg niżej podanej tabeli (łącznie %uszczerbku):	

TABELA KONCENTRYCZNEGO ZWĘŻENIA POLA WIDZENIA

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku (w %)	W obu oczach (w %)	Przy ślepotcie drugiego oka (w %)
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
poniżej 10°	35	95	100

30. Połowiczne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	50
b) dwunosowe	25
c) jednoimienne	25
d) jednooczne ubytki pola widzenia	5
31. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy urazowej:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
32. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej – ocena wg Tabeli ostrości wzroku, ale w granicach procentu uszczerbku:	
a) w jednym oku	15-35
b) w obu oczach	30-100
33. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po wyczerpaniu możliwości leczenia:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	10
34. Odwarstwienie siatkówki jednego oka, jeśli występuje po urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia. Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.	
35. Jaskra wtórna zdiagnozowana jako pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku oraz Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia, z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy	
36. Zaćma pourazowa – ocena wg Tabeli ostrości wzroku po zakończeniu leczenia, w tym operacyjnego	
37. Przewlekłe zapalenie spojówek o etiologii urazowej, w zależności od nasilenia:	
a) niewielkie zmiany	2
b) duże zmiany: blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek, z potwierdzonym leczeniem minimum 6-miesięcznym	5

Uwaga:

Suma orzeczonego uszczerbku z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%).

Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać wg pkt 16.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

% uszczerbku

38. Pourazowe upośledzenia ostrości słuchu.	
Ocena ostrości słuchu (procent trwałego uszczerbku) na podstawie niżej podanej tabeli:	

TABELA OSTROŚCI SŁUCHU

		Ucho prawe			
		0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe	0-25 dB	0	5	10	20
	26-40 dB	5	15	20	30
	41-70 dB	10	20	30	40
	pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga:

Ostrość słuchu określa się badaniem audiometrycznym, po zakończeniu leczenia.

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.

Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów: 500, 1000, 4000 Hz.

39. Urazy małżowiny usznej:	
a) blizna małżowiny powyżej 3 cm	1
b) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub utrata do 1/3 jej powierzchni	4
c) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub jej utrata powyżej 1/2 powierzchni	8
d) utrata jednej małżowiny	15
e) utrata obu małżowin	25

40. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z niedosłuchem	wg Tabeli ostrości słuchu
--	---------------------------

41. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, w tym powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	10

42. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu
--	---------------------------

43. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	wg Tabeli ostrości słuchu
a) z uszkodzeniem części słuchowej	
b) z nieznacznym uszkodzeniem części statycznej – okresowe zaburzenia równowagi, z nieznacznym lub umiarkowanym utrudnieniem chodu	5-20
c) ze znacznym uszkodzeniem części statycznej – stałe zaburzenia równowagi, ze znacznym utrudnieniem chodu	21-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień uszczerbku wg pkt 43 b) lub 43 c)	

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

	% uszczerbku
44. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji	5-10

45. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
---	------

46. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:	
a) z zaburzeniami głosu w zależności od stopnia	35-59
b) z całkowitym bezgłosem	60

47. Uszkodzenia tchawicy ze zwężeniem jej światła, w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10
b) z niewielką dusznością wysiłkową	11-20
c) ze znaczną dusznością wysiłkową	21-39
d) z dusznością spoczynkową	40

48. Uszkodzenia przełyku:	
a) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	5-20
b) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, ocenione po zabiegach rekonstrukcyjnych	5-50
c) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp. – ocena wg pkt 48 b), zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30

49. Uszkodzenia tkanek miękkich – blizny skóry, uszkodzenia mięśni w zależności od łącznego rozmiaru blizn i ruchomości szyi:	
a) blizny skórne, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru blizn:	
i) powyżej 5 cm do 8 cm	1
ii) powyżej 8 cm do 11 cm	2
iii) powyżej 11 cm	3
iv) blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-3
b) blizny skóry, uszkodzenia mięśni z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi – ocena wg pkt 78 zwiększając procent uszczerbku w zależności od rozmiaru blizn określonego w pkt a)	

Uwaga:

Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg pkt 78.

F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Przy ocenie wg pkt 50, 53 i 55 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku, gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, uszczerbek, wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej, ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

% uszczerbku

50. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia upośledzenia oddychania oraz zniekształcenia lub ubytków mięśni	1-5
---	-----

51. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet:	
a) częściowa utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	4
ii) po 45 roku życia	2
b) całkowita utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	8
ii) po 45 roku życia	4
c) częściowa utrata sutka w zależności od wielkości ubytku:	
i) do 45 roku życia	5-14
ii) po 45 roku życia	3-11
d) całkowita utrata sutka:	
i) do 45 roku życia	15
ii) po 45 roku życia	12
e) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać według powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10

52. Utrata sutka u mężczyzn	2
-----------------------------	---

53. Złamania żeber z ograniczeniem wydolności oddechowej:	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 55.

54. Złamanie mostka:	
a) ze zniekształceniem	2
b) ze zniekształceniem i wzrostem w przemieszczeniu	5

55. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie i/lub ubytki tkanki płucnej):	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25
d) ciężka niewydolność oddechowa spełniająca łącznie następujące warunki: wynik FEV1 < 1 litr, konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii); wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO ₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg); występowanie duszności spoczynkowej	40

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

56. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90

Uwaga:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO:

Klasa I.

Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II.

Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III.

Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV.

Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY

Fracja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

57. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia utrzymujących się mimo leczenia operacyjnego – ocena wg odpowiednich pozycji w rozdziałach: F, G	
--	--

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	% uszczerbku
58. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej, po wyczerpaniu możliwości leczenia	1-15

Uwaga:

Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznane za pourazowe.

59. Uszkodzenia żołądka, jelit, krezki jelita i sieci:	
a) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6-10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
60. Stałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości skutecznego zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30-70
b) jelita grubego	20-50
61. Uszkodzenia okolicy odbytu, zwieracza odbytu – po wyczerpaniu możliwości leczenia:	
a) blizny, zwężenia odbytu, niewielkie dolegliwości	1-5
b) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące częściowe nietrzymanie gazów i stolca	10-20
c) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50
62. Utrata śledziony:	
a) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
b) utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
63. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, leczone operacyjnie, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

Uwaga:

Przetoki trzustkowe oceniać według: ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg pkt 63 b-d.

Przetoki żółciowe oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg pkt 63 b-d.

Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstości nawrotów zapalenia dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg pkt 63 b-d.

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA
– w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I-II°	III-IV°

GRUPA A – 5-6 pkt, GRUPA B – 7-9 pkt, GRUPA C – 10-15 pkt

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

	% uszczerbku
64. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5-25
65. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	25
66. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30-75
67. Uszkodzenie moczowodu: a) zwężenie moczowodu mimo leczenia, bez zaburzeń układu moczowego b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5-9 10-15
68. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych: a) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji b) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	5-15 16-30
69. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym: a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	10-25 26-50
70. Pourazowe zwężenie cewki moczowej: a) powodujące trudności w oddawaniu moczu b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu c) z nietrzymaniem i zaleganiem moczu i powikłaniami	5-15 16-40 41-50
71. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji: a) uszkodzenie lub częściowa utrata b) utrata całkowita prącia	1-30 40
72. Uszkodzenie lub częściowa utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji: a) w wieku do 45 roku życia b) w wieku po 45 roku życia	2-20 1-10
73. Utrata obu jąder lub jajników: a) w wieku do 45 lat b) w wieku powyżej 45 lat	40 20
74. Pourazowy wodniak jądra – w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	1-10
75. Utrata macicy: a) w wieku do 45 lat b) w wieku powyżej 45 lat	40 15
76. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków, prowadzące do rozległych ubytków tkanek i deformacji	1-5

77. Oparzenia ciała w stopniu II B i III:
a) skóra owłosiona głowy: wg pkt 1a) iv)
b) twarz: wg pkt 16
c) szyja: wg pkt 49
d) krocze: blizny nielinijne na powierzchni większej niż 2 cm² 1-5

Uwaga:
Blizny pooparzeniowe należy oceniać najwcześniej po 3 miesiącach od daty zdarzenia. Rozmiary blizn należy podać w cm².

I. URAZY KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

KRĘGOSŁUP SZYJNY

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć 45%.

	% uszczerbku
78. Ograniczenie ruchomości: a) z ograniczeniem ruchomości do 25% b) z ograniczeniem ruchomości 26-50% c) z ograniczeniem ruchomości 51-75% d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	1-6 7-14 15-20 21-29
79. Zesztywnienie: a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie głowy b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia głowy	30 31-45
80. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	8
81. Obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	2-10
82. Urazowe zespoły korzeniowe: a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp. b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia) c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	2 3-9 10-15
83. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu: a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 78, 82 b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	4

KRĘGOSŁUP PIERSIOWY (Th 1 – Th 11)

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć 30%.

84. Ograniczenie ruchomości: a) z ograniczeniem ruchomości do 50% b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	1-9 10-19
85. Zesztywnienie: a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	20 21-30
86. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	7
87. Obniżenie wysokości trzonu kręgu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	1-5

88. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2
b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-6
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	7-10
89. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu:	
a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 84, 88	
b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	2

KRĘGOSŁUP ŁĘDŹWIOWY (Th 12 – L5)

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40%.

90. Ograniczenie ruchomości:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b) z ograniczeniem ruchomości 26-50%	7-14
c) z ograniczeniem ruchomości 51-75%	15-20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
91. Zesztywnienie:	
a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia	30
b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	31-40
92. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°)	9
93. Obniżenie wysokości trzonu kręgu co najmniej o 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	3-12
94. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2
b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-9
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	10-15
d) guziczne	1-3
95. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu:	
a) wyrostków kolczystych i żebrowych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 90, 94	
b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	5

Uwaga:

Jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed zdarzeniem zmiany chorobowe kręgosłupa (dyskopatie, zmiany zwyrodnieniowe), wartość należącego uszczerbku zostanie pomniejszona od 20 do 80%, w zależności od nasilenia i rozległości zmian chorobowych, a także historii leczenia.

Wzrost uszczerbku w przypadku złamania wyrostków stawowych i łuków kręgowych oraz leczenia operacyjnego złamań, kręgozmyków pourazowych, niestabilności (stabilizacja) uwzględnia powstawanie zmian zwyrodnieniowych w przyszłości.

RDZEŃ KRĘGOWY

96. Skutki urazów rdzenia kręgowego – ocena wg pkt 3	
--	--

J. URAZY MIEDNICY I ICH NASTĘPSTWA

	% uszczerbku	
	Prawa	Lewa
97. Utrwalone rozejście stawu krzyżowo-biodrowego, w zależności od przemieszczenia, skrócenia kończyny i wydolności chodu:		
a) niewielkie zmiany (skrócenie kończyny od 1,5 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, bóle przeciążeniowe)	1-9	
b) średnie zmiany (skrócenie kończyny od 2 do 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, stałe bóle, chód utykający)	10-20	
c) duże zmiany (dodatni objaw Trendelenburga, skrócenie kończyny powyżej 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe, konieczność używania kul)	21-30	
98. Utrwalone rozejście spojenia łonowego, w zależności od szerokości, zaburzeń chodu i dolegliwości bólowych	1-10	
99. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim pozastawowo (kość łonowa, kulszowa), w zależności od przemieszczeń, dolegliwości i zaburzeń chodu	1-9	
100. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne) – w zależności od przemieszczeń, skrócenia kończyny, zaburzeń chodu, konieczności używania kul	10-30	
101. Złamania w obrębie panewki stawu biodrowego – oceniać według punktów dotyczących ograniczenia ruchomości stawu biodrowego, skrócenia kończyny, zaników mięśni i zmian zwyrodnieniowych (178, 179, 181, 202)		
102. Izolowane złamania miednicy (guz kulszowy, kolce biodrowe, talerz biodrowy), w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-8	

Uwaga:

Towarzyszące urazy narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według punktów dotyczących odpowiednich narządów i nerwów obwodowych.

K. URAZY KOŃCZYN GÓRNYCH I ICH NASTĘPSTWA

Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.

STAW BARKOWY

Dotyczy skutków urazów obejmujących staw barkowy: złamań, zwichnięć, skręceń (łopatki, obojczyka, nasady bliższej kości ramiennej) i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40% dla strony dominującej i 30% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zesztywnienia.

	% uszczerbku	
	Prawa	Lewa
103. Ograniczenie ruchomości stawu barkowego:		
a) do 30%	1-12	1-9
b) od 31% do 50%	13-20	10-15
c) powyżej 50%	21-40	16-30
104. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu ramienia	2-5	2-5
105. Zespół bolesnego barku:		
a) bez zaników i osłabienia siły mięśni rotatorów	3	2
b) z zanikami i osłabieniem siły mięśni rotatorów, w zależności od stopnia (co najmniej 4 według Lovett'a)	6-9	5-8
106. Złamania nasady bliższej kości ramiennej, łopatki, obojczyka, zwichnięcie w stawie ramienno-łopatkowym, skręcenia – ocena wg pkt 103-105, 108, 111, 112		

107. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego i mostkowo--obojczykowego powodujące podwichnięcie lub zwichnięcie, utrzymujące się mimo zakończenia leczenia: a) podwichnięcie (stopień I i II) bez względu na stopień zniekształcenia – ocena wg pkt 103-105 b) zwichnięcie (stopień III) – ocena jak w punkcie a) i dodatkowo	6	5
108. Niestabilność stawu ramiennie-łopatkowego: a) I° b) II° c) III°	4 8 12	3 6 9
109. Zastarzałe, nieodprowadzalne zwichnięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, w zależności od ruchomości i ustawienia kończyny	20-30	15-25
110. Nawykowe zwichnięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia – ocena wg pkt 103-105 i 108		
111. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
112. Urazy powikłane: a) przewlekłym zapaleniem kości, przetokami b) protezoplastyką stawu ramiennie-łopatkowego	5 14	5 12
113. Zesztywnienie w stawie ramiennie-łopatkowym: a) w ustawieniu korzystnym (odwiedzenie 70°, zgięcie 35°, rotacja zewnętrzna 25°) b) w ustawieniu niekorzystnym	30 40	20 30
114. Amputacje: a) kończyny wraz z łopatką b) w stawie ramiennie-łopatkowym	70 60	60 50

RAMIĘ

Dotyczy skutków urazów w obrębie ramienia: złamań trzonu kości ramiennej, obrażeń mięśni i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z amputacji na danym poziomie.

115. Złamania trzonu kości ramiennej wywołane z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach, dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 103, 104, 121		
116. Zrost złamania trzonu kości ramiennej z dużym zagięciem osiowym (zagięcie osi powyżej 30°) i skróceniem powyżej 5 cm	7	7
117. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
118. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
119. Urazy mięśni: a) dwugłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a b) trójgłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a c) innych mięśni ramienia	5-20 4-15 1-5	3-15 2-10 1-3
120. Amputacje bez względu na poziom	60	50

ŁOKIEĆ

Dotyczy skutków urazów w obrębie łokcia: złamań (nad- i przekłykiowych kości ramiennej, złamań części kości ramiennej i kości przedramienia tworzących staw łokciowy, nasady bliższej kości przedramienia), zwichnięć, skręceń i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 25% dla strony dominującej i 20% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zeszywnienia.

121. Ograniczenia ruchomości stawu łokciowego (dodatkowo ocena wg pkt 104, 128): a) do 20% b) od 21% do 50% c) powyżej 50%	1-5 6-12 13-25	1-4 5-10 11-20
---	----------------------	----------------------

122. Niestabilność stawu łokciowego: a) I° b) II° c) III°	2 5 10	2 4 8
123. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
124. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
125. Zesztywnienia stawu łokciowego: a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia b) z ograniczeniem ruchów obrotowych w zależności od stopnia ograniczenia c) w ustawieniu niekorzystnym (w wyproście 120° lub większym, ograniczenie ruchów obrotowych przedramienia), w zależności od ustawienia w stawie łokciowym	15 16-25 26-40	12 13-20 21-35
126. Amputacje na poziomie stawu łokciowego	60	50

PRZEDRAMIĘ

Dotyczy skutków urazów w obrębie przedramienia (złamań trzonów kości przedramienia), mięśni, ścięgien i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z amputacji na danym poziomie.

127. Urazy przedramienia wywołane z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach, dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 121, 134		
128. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu przedramienia, w zależności od różnicy obwodów (mierzonego maksymalnego obwodu na tej samej wysokości)	2-5	2-5
129. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich: mięśni, ścięgien – dodatkowa ocena wg pkt 121, 134: a) małe zmiany (przepukliny mięśniowe bez osłabienia siły chwytu w zależności od wielkości) b) średnie zmiany (przepukliny mięśniowe i osłabienie siły chwytu do 30%) c) duże zmiany (dominującym objawem jest osłabienie siły chwytu powyżej 50%)	1-4 5-9 10-15	1-3 4-8 9-14
130. Złamanie trzonów kości przedramienia wywołane z przemieszczeniem kątowym co najmniej 20°, w zależności od wielkości przemieszczenia, powoduje zwiększenie stopnia uszczerbku o	3-9	2-7
131. Złamanie trzonów kości przedramienia powikłane brakiem zrostu (stawem rzekomy), po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia: a) kości promieniowej b) kości łokciowej c) kości promieniowej i łokciowej	15 10 40	15 10 30
132. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5	5
133. Amputacje bez względu na poziom	60	50

NADGARSTEK

Dotyczy skutków urazów w obrębie przynasad i nasad dalszych przedramienia (złamań) i nadgarstka: złamań (kości nadgarstka), zwichnięć, skręceń i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 20% dla strony dominującej i 15% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zeszywnienia.

134. Urazy w obrębie nasad dalszych kości przedramienia i nadgarstka, wywołane z ograniczeniem ruchomości w stawie promieniowo-nadgarstkowym – dodatkowa ocena wg pkt 128, jeśli występuje ograniczenie ruchomości w stawie łokciowym, także ocena wg pkt 121: a) do 30% b) od 31% do 50% c) powyżej 50%	1-6 7-10 11-20	1-5 6-8 9-15
---	----------------------	--------------------

135. Złamania nasad dalszych przedramienia wygojone z przemieszczeniem (kąt Boehlera w RTG projekcji bocznej mniejszy od 0°, w projekcji A-P mniejszy o 20%)	3	2
136. Niestabilność nadgarstka, a także stawu promieniowo--nadgarstkowego i promieniowo-łokciowego dalszego, włączając uszkodzenia chrząstki trójkątnej, w zależności od nasilenia zmian i stopnia niestabilności	3-8	2-7
137. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
138. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
139. Zesztywnienie w obrębie nadgarstka (dodatkowa ocena funkcji palców):		
a) w położeniu korzystnym	20	15
b) w położeniu niekorzystnym	30	25
140. Amputacja na poziomie nadgarstka	60	50

ŚRÓDRĘCZE

Dotyczy skutków urazów w obrębie śródręcza: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z całkowitej utraty odpowiedniego palca.

141. Złamania kości śródręcza – ocena według punktów dotyczących ruchomości odpowiednich palców (146, 153, 160, 167)		
142. Złamania kości śródręcza zrosnięte z przemieszczeniem na długość, kątowym lub rotacyjnym, powodujące upośledzenie chwytu, w zależności od stopnia przemieszczenia – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatkowo:		
a) I kość śródręcza	1-6	1-5
b) II kość śródręcza	1-5	1-4
c) III kość śródręcza	1-3	1-2
d) IV i V kość śródręcza	1	1
143. Urazy ścięgien i mięśni, powodujące ograniczenia ruchomości palców oraz dolegliwości upośledzające funkcję ręki – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatkowo	1-3	1-2
144. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
145. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5

PALCE

PALEC I (KCIUK)

Dotyczy skutków urazów w obrębie kciuka: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

146. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-6	1-5
b) od 31% do 60%	7-12	6-9
c) powyżej 60%	13-20	10-15
147. Niestabilność stawów kciuka w zależności od stopnia	1-4	1-3
148. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji kciuka	1-6	1-4
149. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej kciuka, w zależności od stopnia i rozległości	1-10	1-8
150. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
151. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3

152. Amputacje:		
a) opuszki	4	2
b) paliczka dalszego	10	5
c) paliczka dalszego z częścią paliczka bliższego do 2/3 długości	15	10
d) paliczka dalszego i bliższego powyżej 2/3 długości lub obu paliczków	20	15
e) obu paliczków z I kością śródręcza	25	20

Uwaga:

Przy ocenie funkcji kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przywodzenia i przeciwstawiania.

PALEC II (WSKAZUJĄCY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie wskaziciela: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

153. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-5	1-3
b) od 31% do 60%	6-9	4-6
c) powyżej 60%	10-15	7-10
154. Niestabilność stawów wskaziciela w zależności od stopnia	1-4	1-3
155. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji wskaziciela	1-5	1-3
156. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej wskaziciela, w zależności od stopnia i rozległości	1-8	1-5
157. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
158. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3
159. Amputacje:		
a) opuszki	2	1
b) paliczka dalszego	5	3
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości	7	5
d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków	10	8
e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości	12	9
f) trzech paliczków	15	10
g) trzech paliczków wraz z II kością śródręcza	20	15

PALEC III (ŚRODKOWY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca III: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

160. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-3	1-2
b) od 31% do 60%	4-6	3-5
c) powyżej 60%	7-10	6-8
161. Niestabilność średniego lub znacznego stopnia stawów palca III	1	1
162. Zrost złamań ze znacznym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji palca III	1	1
163. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca III, w zależności od stopnia i rozległości	1-5	1-4
164. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
165. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1

166. Amputacje:		
a) opuszki	2	1
b) paliczka dalszego	3	2
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości	5	4
d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków	7	5
e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości	8	6
f) trzech paliczków	10	8
g) trzech paliczków z kością śródreżca	12	10

PALEC IV (SERDECZNY) i V (MAŁY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca IV i V: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

167. Ograniczenie ruchomości palca IV lub V, za każdy:		
a) do 30%	1-2	1
b) od 31% do 60%	3-4	2
c) powyżej 60%	5-7	3

168. Niestabilność znacznego stopnia stawów palca IV lub V	1	1
--	---	---

169. Zrost złamań palców IV lub V z bardzo dużym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, za każdy	1	1
--	---	---

170. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca IV lub V, w zależności od stopnia i rozległości, za każdy	1-3	1
--	-----	---

171. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
---	---	---

172. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1
---	---	---

173. Amputacje palca IV i V (wartości dla jednego palca):		
a) opuszki	1	1
b) paliczka dalszego	2	1
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego lub obu paliczków	4	2
d) paliczka dalszego, środkowego z częścią paliczka bliższego lub trzech paliczków	7	3
e) trzech paliczków z kością śródreżca	9	5

174. Amputacje mnogie są sumą amputacji palców na odpowiednich poziomach i uszczerbek z tego tytułu nie może przekroczyć 60% dla kończyny dominującej i 50% dla niedominującej		
--	--	--

UKŁAD KRAŻENIA KOŃCZYN GÓRNYCH

175. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna	1-15	1-10
--	------	------

176. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 175 i 177		
---	--	--

UKŁAD NERWOWY KOŃCZYN GÓRNYCH

Poniżej zostały podane maksymalne wartości uszczerbku występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu uszczerbek musi być proporcjonalnie obniżony, w zależności od zachowanej funkcji nerwu.

177. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn górnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:		
--	--	--

Nerw	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu		Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu		Maksymalny uszczerbek przy całkowitym uszkodzeniu nerwu	
	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy
A. Przeponowy	0		15		15	
B. Piersiowy (przyśrodkowy i boczny)	0	0	3	3	3	3
C. Pachowy	2	2	18	13	20	15
D. Grzbietowy łopatki	0		3	3	3	3
E. Piersiowy długi	0		15	10	15	10
F. Przyśrodkowy skórný przedramienia	3	2	0		3	2
G. Przyśrodkowy skórný ramienia	3	2	0		3	2
H. Pośrodkowy (powyżej połowy przedramienia)	18	12	27	23	45	35
I. Pośrodkowy (poniżej połowy przedramienia)	18	12	5	4	23	16
J. Mięśniowo-skórný	3	2	17	13	20	15
K. Promieniowy (powyżej gałęzi do mięśnia trójkątowego)	3	2	37	33	40	35
L. Promieniowy (poniżej gałęzi do mięśnia trójkątowego)	3	2	27	23	30	25
M. Promieniowy (nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	3	2	17	13	20	15
N. Promieniowy (po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	0		10	7	10	7
O. Podłopatkowy	0		3	2	3	2
P. Nadłopatkowy	3	2	10	8	13	10
R. Łokciowy (powyżej połowy przedramienia)	5	2	25	23	30	25
S. Łokciowy (poniżej połowy przedramienia)	5	2	20	18	25	20
T. Splot barkowy część górna (porażenie typu Duchenne i Erba)	–		–		20	15
U. Splot barkowy część dolna (porażenie typu Dejerine-Klumpke)	–		–		40	35

Uwaga:

W przypadku uszkodzeń w obrębie układu kostno-stawowego przy jednoczesnym uszkodzeniu splotu barkowego ocena uszczerbku następuje wg pkt 103-113.

L. URAZY KOŃCZYN DOLNYCH I ICH NASTĘPSTWA

% uszczerbku

178. Skrócenie kończyn:		
a) od 1,5 cm do 3 cm		2-3
b) powyżej 3 cm do 4 cm		4-5
c) powyżej 4 cm do 5 cm		6-7
d) powyżej 5 cm		8

179. Zaniki mięśni uda (obwód uda mierzony 10 cm ponad rzepeką):	
a) od 1,5 cm do 2 cm	1-2
b) powyżej 2 cm do 3 cm	3
c) powyżej 3 cm do 4 cm	4
d) powyżej 4 cm	5
180. Zaniki mięśni podudzia (mierzony maksymalny obwód podudzi na tej samej wysokości):	
a) od 1,5 cm do 2 cm	1-2
b) powyżej 2 cm do 3 cm	3
c) powyżej 3 cm do 4 cm	4
d) powyżej 4 cm	5
181. Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego:	
a) do 25%	1-10
b) od 26% do 50%	11-20
c) ponad 50%	21-40
182. Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego:	
a) w zakresie 0°-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b) w zakresie 41°-90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c) w zakresie 91°-140° za każde 10° ubytku ruchu	1
183. Ograniczenie ruchomości stawu skokowego:	
a) do 25% zgięcia podeszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	1-3
b) od 26% do 50% zgięcia podeszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	4-6
c) ponad 50% zgięcia podeszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	7-12
d) zgięcia grzbietowego	1-4
e) ruchów obrotowych (nawracania i odwracania)	1-4
184. Ograniczenia ruchomości palucha w zależności od zakresu ruchu:	
a) w stawie międzypaliczkowym	1-5
b) w stawie śródstopno-paliczkowym	1-5
185. Ograniczenia ruchomości palców stopy II-V dla każdego palca	1-3
AMPUTACJE	
Poziom amputacji	
186. Hemipelwektomia	70
187. Wyłuszczenie w stawie biodrowym	60
188. Udo do połowy długości	60
189. Udo poniżej połowy długości	50
190. Podudzie niezależnie od poziomu	50
191. Utrata stopy w całości	45
192. Staw Choparta	35
193. Staw Lisfranca	30
194. Śródstopie do połowy długości	25
195. Śródstopie poniżej połowy długości	20
196. Paluch:	
a) paliczka dalszego w zależności od długości kikuta	1-5
b) w obrębie paliczka bliższego w zależności od długości kikuta	6-10
197. Palce II-V, w zależności od długości kikuta, za każdy	1-3
STAW BIODROWY	
Dotyczy skutków urazu biodra: złamań głowy i szyjki kości udowej, przekrętarzowych, podkrętarzowych, złamań w obrębie panewki stawu biodrowego, zwichnięć, skręceń.	
Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40% oprócz przypadków amputacji, zeszywnienia i braku zrostu, gdzie uszczerbek nie może przekroczyć 60%.	
198. Urazy układu kostnego w obrębie biodra – ocena wg pkt 178, 179, 181, 182	
199. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
200. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5

201. Zeszywnienie stawu biodrowego:	
a) w pozycji korzystnej (zgięcie 15°-35° w zależności od wieku, odwiedzenie 5°-10°, rotacja zewnętrzna 5°-10°)	40
b) w pozycjach niekorzystnych, w zależności od ustawienia	41-60
202. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)	3-12
203. Pourazowa protezoplastyka stawu biodrowego – ocena wg pkt 178, 179, 181 i dodatkowo:	
a) bez zmian	15
b) średnie zmiany (okresowe i średnio nasilone bóle, niewielkie lub średnie utykanie, okresowe używanie laski lub kuli, ograniczenie długości chodzenia, ograniczenie zdolności chodzenia po schodach bez pomocy poręczy, ograniczenie możliwości ubierania się, ograniczenie możliwości siedzenia na krześle itp.)	20
c) duże zmiany (zmiany opisane powyżej o większym nasileniu i powodujące większe ograniczenie aktywności oraz samoobsługi)	30
TRZON KOŚCI UDOWEJ	
Dotyczy skutków urazów uda: złamań trzonu kości udowej i obrażeń mięśni uda.	
Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 50%.	
204. Złamania trzonu kości udowej – ocena wg pkt 178-182	
205. Złamania trzonu kości udowej wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	10-20
206. Urazy mięśni – ocena wg pkt 181, 182 i dodatkowo:	
a) zginaczy stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10
b) prostowników stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10
c) innych mięśni, powięzi	2-5
207. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
208. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
KOLANO	
Dotyczy skutków urazów okolicy kolana: wszelkich typów złamań nasady i przynasady dalszej kości udowej oraz nasady i przynasady bliższej kości piszczelowej, złamań i zwichnięć rzepek, zwichnięć, skręceń stawu kolanowego oraz obrażeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych.	
W przypadku uszkodzeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych (więzadła, łąkotki, chrząstka itp.) maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 25%, oraz nie może przekroczyć 40% w przypadku złamań kości tworzących staw kolanowy zrosniętych z przemieszczeniem lub w przypadku braku zrostu.	
209. Złamania części kości piszczelowej i udowej tworzących staw kolanowy, złamania rzepek, skręcenia, zwichnięcia – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182	
210. Złamania części kości tworzących staw kolanowy wygojone z przemieszczeniem kątowym ponad 5°, obniżeniem powierzchni stawowej kłykci kości piszczelowej lub innymi przemieszczeniami powodującymi wadliwą oś kończyny i w rezultacie zaburzenie mechaniki, w zależności od stopnia	5-15
211. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
212. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
213. Zeszywnienie stawu kolanowego:	
a) w pozycji korzystnej (pełny wyprost lub do 15° zgięcia)	20
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	21-40

214. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzanej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość w stawie kolanowym 4 mm, w stawie rzepkowo-udowym 3 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm):		
a) staw kolanowy	3-12	
b) staw rzepkowo-udowy	2-6	
c) chondromalacja rzepki stwierdzona w badaniu klinicznym, bez objawów zwężenia stawu	2	
215. Urazy więzadeł stawu kolanowego wygojone z niestabilnością stawu (w przypadku niestabilności złożonych uszczerbek jest sumą występujących prostych niestabilności):		
a) niestabilność przyśrodkowa I°	1	
b) niestabilność przednia I° lub tylna I° lub boczna I° lub przyśrodkowa II°	3	
c) niestabilność przednia II° lub tylna II° lub boczna II° lub przyśrodkowa III°	6	
d) niestabilność przednia III° lub tylna III° lub boczna III°	9	
216. Urazy łąkotec operowane:		
a) usunięta część łąkotki	1	
b) usunięta cała łąkotka	3	
217. Urazy rzepki – dodatkowo ocena wg pkt 179, 180, 182:		
a) udokumentowane zwichnięcia pozostawiające niestabilność	3	
b) złamania wygojone z przemieszczeniem	5	
c) brak zrostu złamania rzepki	7	
d) usunięcie rzepki (patelectomia)	9	
218. Pourazowa protezoplastyka stawu kolanowego – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 215 i dodatkowo	15	
PODUDZIE		
Dotyczy skutków urazów podudzia: złamań trzonu kości piszczelowej i złamań kości strzałkowej oprócz części tworzącej staw skokowy oraz obrażeń mięśni, ścięgien i powięzi. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 50%.		
219. Złamania trzonu podudzia (kości piszczelowej i strzałkowej) – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 183		
220. Złamania trzonu podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15	
221. Urazy mięśni, ścięgien i powięzi w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, zaburzeń chodu, konfliktu z obuwem itp. – ocena wg pkt 183 i dodatkowo:		
a) ścięgna Achillesa i/lub mięśnia trójgłowego łydki (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a)	5-15	
b) prostowników stawu skokowego (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10	
c) innych mięśni, ścięgien i powięzi	1-5	
222. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10	
223. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5	
STAW SKOKOWY		
Dotyczy skutków urazów okolicy stawu skokowego: złamań w obrębie stawu skokowego (przynasady i nasady dalszej podudzia, kostek), zwichnięć, skręceń. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 20% oprócz przypadków amputacji, zeszywnienia i braku zrostu, gdzie uszczerbek nie może przekroczyć 40%.		
224. Urazy stawu skokowego – ocena wg pkt 180, 182, 183		
225. Złamania nasady i przynasady dalszej podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15	
226. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10	
227. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	
228. Zeszywnienie stawu skokowego:		
a) w pozycji korzystnej (pośrednie ustawienie stopy)	20	
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	21-30	
229. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzanej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)		3-12
230. Urazy więzadeł stawu skokowego wygojone z niestabilnością stawu:		
a) I°	2	
b) II°	4	
c) III°	6	
STĘP		
Dotyczy skutków urazów stępu: złamań kości piętowej, skokowej, łódkowatej, sześcienniej, klinowatych, zwichnięć, skręceń. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 30%.		
231. Urazy w obrębie stępu – ocena wg pkt 180, 183		
232. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami		5
233. Złamania kości piętowej wygojone z przemieszczeniem i zmniejszeniem kąta Boehlera lub odpowiadającym zwiększeniem koślawości tyłostopia w stosunku do strony przeciwnej:		
a) kąt 35°-31° lub koślawość $\geq 5^\circ$	5	
b) kąt 30°-20° lub koślawość $\geq 10^\circ$	8	
c) kąt 19°-10° lub koślawość $\geq 15^\circ$	10	
d) kąt poniżej 10° lub koślawość $> 20^\circ$	15	
234. Złamania kości skokowej wygojone z przemieszczeniem lub brakiem zrostu, pourazowa martwica jałowa – dodatkowa ocena wg pkt 229		6
235. Urazy powodujące powstanie patologicznej szpotawości tyłostopia większej niż 10°		5-10
ŚRÓDSTOPIE I PALCE		
Dotyczy skutków urazów śródstopia i palców stopy: złamań, zwichnięć, skręceń oraz obrażeń mięśni i ścięgien.		
236. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie śródstopia – ocena wg pkt 180, 183, 184, 185		
237. Złamania i zwichnięcia wygojone z przemieszczeniem powodującym upośledzenie prawidłowych faz chodu i dolegliwości bólowe (metatarsalgia):		
a) I kości śródstopia	2-8	
b) V kości śródstopia	2-4	
c) pozostałych kości śródstopia	1-2	
238. Złamania trzech i więcej kości śródstopia wygojonych z przemieszczeniem powodującym zniekształcenie łuków stopy, w zależności od nasilenia zmian		4-9
239. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny		1-8
240. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami		5
241. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palucha, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń itp.:		
a) wygojone z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-3	
b) wygojone z ograniczeniem ruchomości od 31% do 60%	4-6	
c) wygojone z ograniczeniem ruchomości ponad 60%	7-10	
242. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palców II-V, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń (za każdy)		1-3
UKŁAD KRAŻENIA KOŃCZYN DOLNYCH		
243. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna		1-15
244. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 243, 245		

UKŁAD NERWOWY KOŃCZYN DOLNYCH

Poniżej zostały podane maksymalne wartości uszkodzku, występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu uszkodzek musi być proporcjonalnie obniżony, w zależności od zachowanej funkcji.

245. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn dolnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:

Nerw	Maksymalny uszkodzek przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu	Maksymalny uszkodzek przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu	Maksymalny uszkodzek przy całkowitym uszkodzeniu nerwu
A. Udowy	5	20	25
B. Zasłonowy	0	10	10
C. Pośladkowy górny	0	15	15
D. Pośladkowy dolny	0	20	20
E. Skórny boczny uda	2	0	2
F. Nerw kulszowy – pień przed podziałem	8	47	55
G. Piszczelowy	4	26	30
H. Strzałkowy	4	16	20

ZAKRESY RUCHOMOŚCI

KRĘGOSŁUP

- test Schobera 10-11 cm (od C 7 do S 1), w tym:
 - odcinek piersiowy 2-3 cm
 - odcinek lędźwiowy 7-8 cm

ODCINEK SZYJNY

- zgięcie 50° (zgięcie i wyprost 40% funkcji)
- wyprost 60°
- przechylenie na boki po 45° (25% funkcji)
- ruchy obrotowe po 80° (35% funkcji)

ODCINEK PIERSIOWY

- zgięcie 50° (60% funkcji)
- ruchy obrotowe po 30° (40% funkcji)

ODCINEK LĘDŹWIOWY

- zgięcie 60° (zgięcie i wyprost 75% funkcji)
- wyprost 25°
- pochylanie na boki po 25° (25% funkcji)

KOŃCZYNY GÓRNE

STAW BARKOWY

- zgięcie 0-180° (40% funkcji)
- wyprost 0-60° (10% funkcji)
- odwodzenie 0-90° (odwodzenie i unoszenie 20% funkcji)
- unoszenie 90-180° (według niektórych odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°)
- przywodzenie 0-50° (10% funkcji)
- rotacja zewnętrzna 0-70° (10% funkcji)
- rotacja wewnętrzna 0-100° (10% funkcji) (pozycja funkcjonalna 20-40° zgięcia, 20-50° odwodzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)

STAW ŁOKCIOWY

- zakres ruchu 0° (pełny wyprost, według niektórych to jest 180°) do 140° (pełne zgięcie, według niektórych to jest 40°) – zgięcie i wyprost 60% funkcji (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia)

PRZEDRAMIĘ

- nawracanie 0-80°
- odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° nawrócenia) – to wszystko 40% funkcji

NADGARSTEK

- zgięcie dłoniowe 60° (czynnie), 80° (biernie)
- zgięcie grzbietowe 60° (czynnie), 80° (biernie) – zgięcie dłoniowe i grzbietowe łącznie stanowi 70% funkcji
- odchylenie promieniowe 20°
- odchylenie łokciowe 30° – odchylenia 30% funkcji (pozycja funkcjonalna od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego)

RĘKA

KCIUK

- staw śródrečno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 10% funkcji
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 15% funkcji
- odwodzenie 0-50° – 10% funkcji
- przywodzenie (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródrečno-paliczkowego palca 5 wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchu 0 cm, brak ruchu 8 cm – 20% funkcji
- opozycja (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródrečno-paliczkowych, na wysokości 3 stawu śródrečno-paliczkowego wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchów 8 cm, brak ruchu 0 cm – 45% funkcji

PALCE 2-5

- staw śródrečno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

KOŃCZYNY DOLNE

STAW BIODROWY

- zgięcie 0-120°
- wyprost 0-20°
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie 0-40°
- obracanie na zewnątrz 0-45°
- obracanie do wewnątrz 0-50°

KOLANO

- zgięcie 0° (pełny wyprost) do 120-140° – pełne zgięcie (według niektórych 180° – pełny wyprost do 60-40° – pełne zgięcie)

STAW SKOKOWY

- zgięcie grzbietowe 0-20°
- zgięcie podeszwowo 0-40/50° (zgięcia 80% funkcji)
- nawracanie 0-10°
- odwracanie 0-40° (ruchy obrotowe 15% funkcji)
- przywodzenie 0-10°
- odwodzenie 0-10° (razem 5% funkcji) (pięta w fizjologicznym ustawieniu koślawym 5°)

PALCE STOPY

- zgięcie 0-około 40° (czynnie), do około 60° (biernie)
- wyprost 0-około 45° (czynnie), do około 80° (biernie)

SKALA LOVETT'A

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
- 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej
- 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

SKALA ASHWORTH'A

- 1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
- 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
- 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
- 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
- 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku

Łukasz Kalinowski

Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig

Członek Zarządu Towarzystwa

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU

Rodzaj uszczerbku	Procent trwałego uszczerbku
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1° wg skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60-80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40-60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	10-40
e) porażenie kończyny górnej 0- 1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3-4° wg skali Lovette'a: – prawej – lewej	70-90 60-80
f) niedowład kończyny górnej 3- 4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0- 1° wg skali Lovette'a: – prawej – lewej	70-90 60-80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0 - 1° wg skali Lovette'a: – prawej – lewej	40-60 30-40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2° -2/3° wg skali Lovette'a: – prawej – lewej	30-50 20-30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3- 4° wg skali Lovette'a: – prawej – lewej	10-30 5-20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0-1° wg skali Lovette'a	40-50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 2-2/3° wg skali Lovette'a	20-40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3- 3/4° wg skali Lovette'a	15-20
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 4- 4/5° wg skali Lovette'a	5-15
<p>UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg punktu 6, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 1 g oddzielnie dla każdej kończyny.</p> <p>SKALA LOVETTE'A 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5 % prawidłowej siły mięśniowej, 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20 % prawidłowej siły mięśniowej, 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50 % prawidłowej siły mięśniowej, 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100 % prawidłowej siły mięśniowej</p>	
2. Zespoły pozapiramidowe	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40-80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-30
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja , dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50-80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10-40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10

4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	40-60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-40
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10

UWAGA:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu).

W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5.

5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80-100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50-80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30-50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10-30

UWAGA:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

6. Zaburzenia mowy	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym lub umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20-40
d) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretnie zaburzenia mowy, dysfazja	10-20

7. Uszkodzenie serca lub osierdzia	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55 %, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5-10
b) I klasa NYHA, EF 50 - 55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10-15
c) II klasa NYHA, EF 45% -55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	15-35
d) III klasa NYHA, EF 35%– 45 %, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	35-55
e) IV klasa NYHA, EF <35 %, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	55-90

UWAGA:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:

Fracja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:

MET-y (MET - równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu , ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

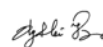
Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.

Łukasz Kalinowski



Prezes Zarządu Towarzystwa

Agata Lem-Kulig



Członek Zarządu Towarzystwa



MetLife®

Ubezpieczenia, Emerytury, Inwestycje.

MetLife, Inc. poprzez swoje spółki zależne i stowarzyszone („MetLife”) jest jedną z największych firm ubezpieczeniowych na świecie.

Istnieje od 1868 roku i jest wiodącą światową firmą oferującą ubezpieczenia na życie, renty kapitałowe, świadczenia pracownicze i usługi zarządzania aktywami. Obsługuje prawie 100 milionów klientów, prowadzi działalność w blisko 50 krajach i zajmuje wiodącą pozycję na rynkach w Stanach Zjednoczonych, Japonii, Ameryce Łacińskiej, Azji, Europie i na Bliskim Wschodzie.

Więcej informacji na stronie www.metlife.com.

W Polsce działamy od 1990 roku. Oferujemy szeroki zakres ubezpieczeń: na życie, na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, ubezpieczenia posagowe, wypadkowe i chorobowe, jako ubezpieczenia indywidualne i grupowe.

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., 2015 PEANUTS © 2015 Peanuts Worldwide

MetLife®

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