OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (OWU_OG_TUZU_01_2017)

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2, 3, 4, 7, 8, 9 Załącznik 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2 § 3 ust. 3, 6, 7, 8 § 4

Postanowienia ogólne
§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, zwane dalej **OWU TUZU**, mają zastosowanie do ubezpieczenia dodatkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na życie.
3. Zasady odstąpienia od ubezpieczenia dodatkowego lub jego wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla ubezpieczenia na życie. Odstąpienie od ubezpieczenia na życie lub jego wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem ubezpieczenia dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu na życie, chyba że postanowienia ubezpieczenia dodatkowego stanowią inaczej.

Definicje
§ 2

1. Pojęcia użyte w niniejszych OWU TUZU mają takie samo znaczenie jak w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanych dalej **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU TUZU przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, narciarstwo oraz snowboard (poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi), nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting i inne sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
   2) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3;
   3) **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3;
   4) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz

treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;

5) **trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu ich funkcji. Definicja obejmuje przypadki określone w tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU TUZU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie wyższej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
   1) zawał serca lub udar mózgu, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia zawału serca lub udaru mózgu;
   3) pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu z medycznego punku widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na moment zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), nie później jednak niż na koniec 18 miesiąca od dnia zawału serca lub udaru mózgu i nie wcześniej niż po 90 dniach od udaru mózgu, chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Do następstw zawału serca lub udaru mózgu nie zalicza się upośledzenia funkcji organów, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem Ubezpieczonego po wystąpieniu zawału serca lub udaru mózgu a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
6. Jeżeli osoba, która uległa zawałowi serca lub udarowi mózgu, zmarła przed ustaleniem stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem zawału serca lub udaru mózgu, stopień prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu określa wskazany lekarz, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
7. Decyzję odnośnie do stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje się na podstawie:
   1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych OWU TUZU;
   2) zgromadzonej dokumentacji medycznej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego w okresie ubezpieczenia jest ograniczona do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa
§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udar mózgu, który nastąpił wskutek (adekwatny związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) chorób zdiagnozowanych przez lekarza lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania sportu wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
7) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
8) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

Postanowienia końcowe
§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z zastrzeżeniem ust. 2, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU TUZU zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. W sytuacji, w której niniejsze OWU TUZU mają zastosowanie do Umowy zawieranej w wyniku udzielenia zamówienia publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych, w razie rozbieżności pomiędzy treścią OWU TUZU a warunkami zamówienia publicznego pierwszeństwo mają postanowienia zamówienia publicznego. Postanowienia zamówienia publicznego rozbieżne z treścią niniejszych OWU TUZU zostaną odzwierciedlone w wyciągu z warunków zamówienia publicznego lub szczególnych warunkach ubezpieczenia.
3. Niniejsze OWU TUZU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 01 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 4 stycznia 2017 roku i wchodzą w życie z dniem ich uchwalenia.

Załącznik nr 1 do OWU TUZU
Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu	Ocena uszczerbku
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (wg skali Lovetta lub skali Ashwortha):	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
e) porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha): – prawej – lewej	 70–90% 60–80%
f) niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha): – prawej – lewej	 70–90% 60–80%
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha): – prawej – lewej	 50–60% 40–50%
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha): – prawej – lewej	 30–50% 20–40%
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha): – prawej – lewej	 10–30% 5–20%
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg punktu 7, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. j–m pkt 1, oddzielnie dla każdej kończyny.	
Skala Lovetta 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 za pomocą i przy 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 wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej	
Skala Ashwortha 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	
2. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły móżdżkowe:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80%
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne 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	30–40%

b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów 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, potwierdzająca rozpoznanie, ustalone przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu), ocena częstości napadów po leczeniu. 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 utrudniające znacznie lub 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	25–50%
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego 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 adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5%
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%
7. Zaburzenia mowy:	
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	40–59%
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%
8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%
9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20%
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d) z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b) ruchowe	1–10%
c) czuciowo-ruchowe	3–20%
11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b) obwodowe częściowe, w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10%
Uwaga: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, należy oceniać wg poz. 1 lub 5.	
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10%
b) średniego stopnia	10–25%
c) dużego stopnia	25–50%
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego, w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15%
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego, w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20%
	5–20%
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 5.	

Ocena uszczerbku po zawale serca	Ocena uszczerbku
Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi zostać oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości.	
a) 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%
Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżniająca 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 jakiejkolwiek 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 Frakcja wyrzutowa lewej komory to objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.	
Definicja równoważnika metabolicznego – MET (stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej) Równoważnik metaboliczny MET jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu (ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę). MET-y uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masa ciała (w kg)*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.	