

**Skorowidz dotyczący istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Umowy
 Dodatkowej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy
 SUPER GWARANCJA zatwierdzonych Uchwałą Zarządu „POLISA-ŻYCIE” TU S.A.
 Vienna Insurance Group nr 03/43/2013 z dnia 19.12.2013 r. (kod: OWU D7)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWNEGO
przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §13
ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 7-9, 11-14, 16-17, §10
wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§11
koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Brak

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

1. Niniejsza umowa dodatkowa stanowi integralną część Umowy Podstawowej, na podstawie której „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (dalej „POLISA-ŻYCIE”) udziela dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie określonym poniżej.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
3. W sprawach nieregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

§ 1.

Ikroć w niniejszych warunkach ubezpieczenia użyto określenia:

- 1) **Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA;
- 2) **Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Umowy Dodatkowej, na podstawie, której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane;
- 3) **wcześnieńnik** – rozumie się przez to noworodka urodzonego między 23 a 37 tygodniem ciąży o wadze urodzeniowej od 500 do 2500g, o ile dziecko przeżyje 24 godziny w oddziale szpitalnym;
- 4) **poronienie** – rozumie się przez to przedwczesne ukończenie ciąży (między 8 - 22 tyg. ciąży) polegające na samoistnym wydaleniu jaja płodowego w okresie, w którym płód nie jest zdolny do życia poza łonem matki (płód jest to zarodek po 8 tyg. ciąży);
- 5) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem: nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli dany wypadek, zawał serca lub udar mózgu nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu;
- 7) **wypadek przy pracy** – rozumie się przez to wypadek, zaistniały po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz mający związek z pracą Ubezpieczonego wykonywaną na rzecz pracodawcy i będący wypadkiem przy pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy, skutkujący trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź jego zgonem w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. Za wypadek przy pracy uznaje się wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, działań na rzecz pracodawcy wykonywanych przez Ubezpieczonego bez polecenia, a także mających miejsce w czasie pozostawania Ubezpieczonego do dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania pracy. Za wypadek przy pracy nie uznaje się wypadków, które nastąpiły w drodze do pracy lub z pracy. Uznaniem wypadku za wypadek przy pracy lub odmowa uznania następuje w oparciu o Kartę Wypadku, decyzję ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy, o ile była wydana, orzeczenie sądu lub inne zaświadczenia właściwych organów;
- 8) **trwała całkowita niezdolność do pracy** – rozumie się przez to utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, w rozumieniu obowiązujących przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, potwierdzoną decyzją odpowiedniego organu rentowego. Pojęcie to obejmuje również całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
- 9) **operacja chirurgiczna** – rozumie się przez to zabieg chirurgiczny wymieniony w Wykazie Operacji Chirurgicznych stanowiącym załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Umowy Dodatkowej, wykonany w czasie trwania odpowiedzialności „POLISA – ŻYCIE” w stosunku do danego Ubezpieczonego, wykonany w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
 - a) **operacja chirurgiczna metodą otwartą** – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - b) **operacja chirurgiczna metodą laparoskopową** – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) **operacja chirurgiczna metodą zamkniętą** – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w Wykazie Operacji Chirurgicznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, „POLISA-ŻYCIE” ponosi odpowiedzialność wyłączną za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową;
- 10) **wszczepienie sztucznej zastawki serca** – rozumie się przez to pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach;
- 11) **utrata wzroku** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obocznego w wyniku choroby, nie podlegającą korekcy w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepota nie może podlegać korekcy za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych;
- 12) **utrata słuchu** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegającą korekcy w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcy za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych;
- 13) **utrata mowy** – rozumie się przez to nieodwracalną, całkowitą utratę zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani, oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności roszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy;
- 14) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym** – (SM) - rozumie się przez to jednostkę chorobową spełniającą następujące kryteria: - trwałe zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (zn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych), - obecność prażków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym;
- 15) **kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu** – rozumie się przez to ostrą chorobę wirusową wywołaną przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszoną przez kleszcze powodującą infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał;
- 16) **wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW B w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlAT i AspAT (odkilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-Hbc IgM+++);
- 17) **wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - zmienne podwyższenie stężenia bilirubiny , aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.),
 - obecność przeciwciał anty-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR;
- 18) **HIV** – rozumie się przez to ludzki wirus upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzony wynikami badań krwi. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE” zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anty-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anty-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/ μ l. Celem eliminacji wyniku „fałszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi;
- 19) **borelioza** – rozumie się przez to chorobę wywołaną przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzującą się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za bolezię koniecznym jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELISA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką

- 20) **oponiak** – rozumie się przez to nowotwór wewnątrzczaszkowy pochodzący z komórek meningealnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym, dwufazowym TK głowy lub MR;
- 21) **choroba Parkinsona** – rozumie się przez to chorobę układu pozapiramidowego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzująca się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmocnienie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest: potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne winno być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MR. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżyca, kila, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie jest uznawane za chorobę Parkinsona;
- 22) **choroba Alzheimera** – rozumie się przez to chorobę neurodegeneracyjną typu II (w okresie 40-65 r.ż.), manifestująca się postępującym zespołem otępiennym w postaci: afazji (zaburzenia funkcji mówienia), aleksji (zaburzenia zdolności rozumienia słowa pisanego), agrafii (zaburzenia umiejętności pisania) i/lub apraksji (upośledzenie zdolności wykonywania precyzyjnych i celowych ruchów). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę,
 - zaników korowych charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej, w obrazie TK mózgu,
 - zastosowania leczenia szpitalnego,
 - orzeczenia inwalidzтва.
- Zaburzenia mowy, rozumienia, pisania i wykonywania ruchów, będące następstwem udaru lub guza mózgu, nie są uznawane za chorobę Alzheimera;
- 23) **choroba Huntingtona** – rozumie się przez to zespół progresywnych deficytów psychicznych, wywołany uogólnionym zwyrodnieniem mózgu, o charakterze dziedzicznym i wrodzonym, manifestujący się mimowolnymi ruchami pływawiczymi. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę;
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego;
- 24) **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – rozumie się przez to leczniczą technikę (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegającą na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzoną w świeżym zawałe serca, wykonaną przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu w dokumentacji hemodynamicznej.
- odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” w zakresie ryzyka wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych dotyczy jedynie tych Ubezpieczonych, u których choroba wieńcowa została rozpoznana po pierwszym dniu odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”;
- 25) **operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i zastąpienie sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania operacji aorty za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie uszkodzenia aorty wskutek nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego;
- 26) **niedokrwiłość aplastyczna** – rozumie się przez to nabytą aplazję szpiku kostnego, z pancytopenią krwi obwodowej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - wystąpienia pancytopenii trójukładowej (niedobór wszystkich prawidłowych elementów morfotycznych krwi: erytrocytów, leukocytów i trombocytów),
 - wystąpienia aplazji trójukładowej szpiku (< 25% komórkowości), w badaniu szpiku metodą biopsji;
- 27) **łagodny nowotwór mózgu** – rozumie się przez to proces powolnego wzrostu komórek, budową histologiczną zbliżonych do tkanki prawidłowej, nie powodujący naciekania okolicznych tkanek oraz wnikania do naczyń krwionośnych, nie dający przerzutów i wznowy choroby, tj. nawrotu procesu po zastosowaniu leczenia. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii,
 - potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym;
- 28) **utrata kończyny** – rozumie się przez to amputację co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazową lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględny wskazaniem do jej amputacji, na poziomie uda (powyżej stawu kolanowego) i/lub na poziomie ramienia (powyżej stawu łokciowego). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest udokumentowanie leczenia szpitalnego w oddziale chirurgii lub ortopedii;
- 29) **porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumiane jako schorzenie neurologiczne (paraplegia, tetraplegia) polegające na całkowitej niemożności wykonywania ruchu, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni, spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego i/lub mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, chirurgii lub neurologii,
 - jednoznaczne potwierdzenie uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub mózgu w badaniach obrazowych;
- 30) **sepsa vs posocznica** – rozumie się przez to zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach miękkich. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych;
- 31) **wścieklizna** – rozumie się przez to śmiertelną chorobę wirusową, wywołaną przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagającą hospitalizacji i leczenia szpitalnego i/lub anatoksyną. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny,
 - potwierdzenie zdarzenia pokąsania przez zwierzę,
 - potwierdzenie przez lekarza weterynarii zakażenia zwierzęcia;
- 32) **zator tętnicy płucnej (ZTP)** – rozumie się przez to mechaniczne zatkanie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzienia, lub skurcz tych naczyń, wywołane skrzeplina, doprowadzające do zaburzenia krążenia płucnego i upośledzenia ukrwienia mięszu płucnego, manifestujące się objawami klinicznymi: dusznością wysiłkową i/lub spoczynkową, bólami w klatce piersiowej, tachypnoe. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - jednoznaczne potwierdzenie rozpoznania: scyntygrafia perfuzyjną płuc, angiografia tętnicy płucnej, spiralną tomografią komputerową z podaniem kontrastu (sCT), przez przełykową echokardiografią (TEE) lub rezonansem magnetycznym,
 - potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym;
- 33) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne, choroba Charcota, amyotrophic laterals sclerosis ALS)** – rozumie się przez to postępującą chorobę neurodegeneracyjną, w postaci uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego neuronu ruchowego, manifestująca się zanikami mięśniowymi, spastycznymi niedowładami kończyn objawami opuszkowymi, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - potwierdzenie etiologii niedowładu w badaniu EMG (elektromiografia),
 - wystąpienie typowych zmian w badaniu MRI;
- 34) **zakażona martwica trzustki** – rozumie się przez to ciężką postać ostrego zapalenia trzustki, pod względem anatomicznym cechująca się nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki i tkanek okolicy trzustki pod postacią martwicy, objawiająca się bólem w jamie brzusznej i wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu, wymagającą leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje ostrego zapalenia trzustki będącego następstwem spożycia alkoholu lub alkoholizmu. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu tej jednostki chorobowej obejmuje wypłatę świadczenia jedynie za pierwszorazowe zachorowanie. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę endokrynologa, internistę lub chirurga,
 - potwierdzenie zakażenia tkanek martwiczych trzustki dodatnim wynikiem posiewu materiału uzyskanego drogą biopsji aspiracyjnej lub laparotomii;
- 35) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – rozumie się przez to proces zapalny wywołany bakteriami paciorkowca, gronkowca lub pneumokokami, powodujący zmiany morfotyczne w wsierdzu (błony wysięlającej jamy serca) w postaci zakrzepów płytkowych, białych i czerwonych krwinek oraz masy bakteryjnej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie koniecznymi warunkami są:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku badania posiewowego krwi,
 - potwierdzenie trwałego uszkodzenia zastawek serca pod postacią niewydolności, w badaniu echokardiograficznym serca,
 - zastosowanie antybiotykoterapii adekwatnej do etiologii schorzenia;
- 36) **żęźec** – rozumie się przez to zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (*Clostridium tetani*), poparte dodatnim wywiadem co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwczwęcową i anatoksyną;
- 37) **bólowiec mózgu (bólowica, echinokokoza)** – rozumie się przez to chorobę pasożytniczą wywołaną przez tasiemca, powodującą powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dającą kliniczne objawy guza mózgu, wymagającą leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciwpasożytniczej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - dodatni wynik badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie,
 - zastosowanie chemioterapii;
- 38) **ropień mózgu** – rozumie się przez to powikłanie sepsy. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznania klinicznego sepsy w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych;
- 39) **operacja aorty brzusznej/piersiowej** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, poszerzonego tętniakowato w przebiegu ostrego rozwarstwienia jej ściany i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego tętniaka w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego;
- 40) **gruźlica** – rozumie się przez to chorobę zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy typu ludzkiego (*Mycobacterium tuberculosis*), manifestującą się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie koniecznymi warunkami są:
- rozpoznanie kliniczne w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej (odczyn śródskórny Mantoux),
 - potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym,
 - posiadanie dodatniego wyniku badania płwociny na obecność prątków Kocha,
 - zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia;
- 41) **przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C** – rozumie się przez to zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” w zakresie obejmującym tę jed-

nostkę chorobową zmiany chorobowe mięszu wątroby pod postacią aktywnego procesu zapalnego, trwające co najmniej 6 miesięcy, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych, przede wszystkim badania histopatologicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie koniecznymi warunkami są:

- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
- posiadanie dodatniego wyniku badania histopatologicznego,
- zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,
- zakwalifikowanie do przeszczepu wątroby;

42) wstrząs anafilaktyczny – rozumie się przez to ciężką postać anafilaksji (3 i 4 stadium), alergicznej reakcji organizmu ludzkiego na alergen, objawiającą się głębokimi zaburzeniami (niewydolnością) układu krążenia, oddychania i trawiennego, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:

- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
- potwierdzenie w dokumentacji medycznej wystąpienia ciężkiej postaci: hipotonii, obrzęku krtani, bronchospazmu, zaburzeń świadomości i dyspepsji,
- wynik badania potwierdzający wzrost poziomu przeciwciał IgE;

43) rehabilitacja – rozumie się przez to, konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie 182 dni pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego lub 180 dni, w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników. Pojęcie to obejmuje przypadków, w których konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej, jest wynikiem: zachorowania zaistniałego w okresie ciąży lub porodu, a także nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania zaistniałego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagany będzie przedstawienie decyzji odpowiedniego organu rentowego o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników – o przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni;

44) rekonwalescencja – rozumie się przez to trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku;

45) rekonwalescencja poszpitalna – rozumie się przez to czasową niezdolność do pracy, spowodowaną występującym w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego schorzeniem somatycznym lub urazowym wymagającym leczenia szpitalnego i określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4);

46) czasowa niezdolność do pracy w wyniku wypadku przy pracy – rozumie się przez to niezdolność określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4), będącą wynikiem zaistniałego w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” wypadku przy pracy;

47) leczenie poszpitalne – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni z uwzględnieniem dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dnia jego wypisu ze szpitala, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków;

48) specjalistyczne leczenie – rozumie się przez to następujące rodzaje leczenia, których przyczyną wystąpiła w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE”:

- chemioterapia** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminujących z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania chemioterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest: potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;
- radioterapia** – rozumiana jako metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania radioterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;
- wszczepienie kardiowertera / defibrylatora** – rozumiane jako wykonywany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przerwania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstoskurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera-defibrylatora za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstoskurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania;
- wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora)** – rozumiane jako wykonywany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej, oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka. Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby zbyt wolnego, intensywne leczenie tachykardii),
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania;

e) **ablacja** – rozumiana jako metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przeszskornym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, krioplikację, ultradźwięki, laser). Dla uznania ablacji za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:

- wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania ablacji,
- potwierdzenie wykonania zabiegu ablacji;

f) **dializoterapia** – rozumiana jako zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane naddciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie:

- w dokumentacji leczenia szpitalnego wystąpienia niewydolności nerek, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej „POLISA-ŻYCIE”,
- zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa;

g) **terapia interferonowa** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;

49) dzień pobytu w szpitalu – rozumie się przez to dzień, liczony zgodnie z definicją dnia pobytu w szpitalu zawartą w postanowieniach Umowy Podstawowej, z wyłączeniem definicji leczenia poszpitalnego;

50) sporty ekstremalne – rozumie się przez to: sporty wodne – jetskiing, hydrospid, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungeejumping, dream jumping, free jumping, free gul, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, tyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav Maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polegająca na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 i 3.
- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową „POLISA-ŻYCIE” wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy 100% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000,00 PLN,
 - z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000,00 PLN,
 - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 100% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli orzeczenie o niezdolności oraz zdiagnozowanie schorzenia będącego jego przyczyną nastąpiło w okresie udzielenia Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u małżonka/konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku 50% sumy ubezpieczenia,
 - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000,00 PLN 1.500,00 PLN lub 2.000,00 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 9,
 - z tytułu wystąpienia u małżonka/konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000,00 PLN lub 1.500,00 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 9,
 - z tytułu wystąpienia u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000,00 PLN lub 1.500,00 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 9,
 - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni 0,1% – 1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 200,00 PLN,
 - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej („OIOM”), za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni 0,1% – 1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 200,00 PLN,
 - z tytułu pobytu małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni 0,1% – 0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100,00 PLN,

- 16) z tytułu pobytu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni 0,1% – 0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100,00 PLN,
 - 17) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 18) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 19) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 20) z tytułu narodzin Ubezpieczonego wcześniaka 20% sumy ubezpieczenia,
 - 21) z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) 20% sumy ubezpieczenia,
 - 22) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej „POLISA-ŻYCIE” wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według następujących zasad:
 - a) w przypadku operacji chirurgicznej I klasy 5% – 50 % sumy ubezpieczenia, niewięcej jednak niż 6.000,00 PLN,
 - b) w przypadku operacji chirurgicznej II klasy 50% świadczenia określonego lit. a),
 - c) w przypadku operacji chirurgicznej III klasy 25% świadczenia określonego w lit. a).

Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, „POLISA – ŻYCIE” wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych,
 - 23) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, która przeprowadzona została podczas pobytu w szpitalu, trwającego minimum 3 dni, „POLISA-ŻYCIE” wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według zasad określonych w pkt 22) lit. a) – c),
 - 24) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000,00 PLN,
 - 25) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 500,00 PLN,
 - 26) z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000,00 PLN,
 - 27) z tytułu rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego – za każdy dzień niezdolności do pracy 0,1% – 0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 50,00 PLN (świadczenie płatne zgodnie z postanowieniami ust. 12),
 - 28) z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – za każdy dzień niezdolność do pracy trwającej cztery lub więcej dni 0,1% – 0,5%, jednak nie więcej niż 50,00 PLN,
 - 29) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 10% – 50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000,00 PLN,
 - 30) z tytułu leczenia szpitalnego – świadczenie apteczne w wysokości 100,00 PLN, 200,00 PLN, 300,00 PLN, 400,00 PLN lub 500,00 PLN na zakup niezbędnych leków, płatne zgodnie z postanowieniami ust. 17.
3. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, wystąpienie poważnego zachorowania u małżonka Ubezpieczonego lub wystąpienie poważnego zachorowania u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego, Ubezpieczający może poprzez zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej rozszerzyć definicję każdego z tych ryzyk o następujące pakiety jednostek chorobowych:
- 1) Pakiet I:
 - a) wszczępienie sztucznej zastawki serca,
 - b) utrata wzroku,
 - c) utrata słuchu,
 - d) utrata mowy,
 - e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym,
 - f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 - g) borelioza,
 - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - i) wirusowe zapalenie wątroby typu C,
 - j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
 - 2) Pakiet II:
 - a) oponiak,
 - b) choroba Parkinsona,
 - c) choroba Alzheimera,
 - d) choroba Huntingtona,
 - e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
 - f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) niedokrwistość aplastyczna,
 - h) łagodny nowotwór mózgu,
 - i) utrata kończyny,
 - j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) sepsa vs posocznica,
 - l) wścieklizna,
 - m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
 - n) choroba neuronu ruchowego,
 - o) zakażona martwica trzustki,
 - p) bakteryjne zapalenie wśierdzia,
 - q) tężec,
 - r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
 - s) ropień mózgu,
 - t) operacja aorty brzusznej/piersiowej
 - u) gruźlica,
 - v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
 - w) wstrząs anafilaktyczny.
4. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia którejkolwiek z jednostek chorobowych, określonych w ust. 3 wynosi równowartość świadczenia określonego dla ryzyka poważnego zachorowania w Umowie Podstawowej.
 5. Do pakietu jednostek chorobowych, o którym mowa w ust. 3 stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej dotyczące ryzyka poważnego zachorowania.
 6. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej może poprzez zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej zostać rozszerzony o zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 19) w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje ryzyko zgonu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego.
 7. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 24), o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony.
 8. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 26), o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony.
 9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 10) – 12) płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy począwszy od miesiąca, następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe.
 10. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie obejmującym zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 24), objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez „POLISA-ŻYCIE”.
 11. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, małżonka/konkubenta Ubezpieczonego, dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego) wynosi 21 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” – 14 dni.
 12. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji szpitalnej przysługuje za okres liczony od pierwszego dnia następującego po zakończeniu hospitalizacji do ostatniego dnia niezdolności do pracy wskazanego w ZUS ZLA (L4), lecz nie więcej niż za okres równy okresowi hospitalizacji określonego w ZUS ZLA (L4).
 13. Maksymalna wartość świadczenia z tytułu rekonwalescencji szpitalnej związanej z jednym pobytem w szpitalu wynosi równowartość świadczenia za 30 dni rekonwalescencji.
 14. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy maksymalny łączny okres za jaki jest wypłacane świadczenie z tego tytułu wynosi 30 dni.
 15. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia poprzez zawarcie niniejszej Umowy Dodatkowej możliwe jest w przypadku gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego.
 16. Odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia polega na wypłacie przez „POLISA-ŻYCIE” określonego świadczenia w przypadku:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 3) wszczępienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 - 4) pierwszorazowego podłączenia dializatora do przetoki tętnico-żyłnej lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
 17. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu leczenia szpitalnego jest ograniczona do:
 - 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym rocznym okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” względem danego Ubezpieczonego w zakresie obejmującym leczenie szpitalne.

UMOWA DODATKOWA warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
2. W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Podstawowej zostaje rozszerzony dla wszystkich Ubezpieczonych w grupie o zdarzenia ubezpieczeniowe wybrane przez Ubezpieczającego spośród ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3, począwszy od pierwszego dnia okresu polisowego, następującego po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.

zasady zawarcia i przystąpienia do Umowy Dodatkowej § 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu „POLISA-ŻYCIE”.
2. We wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej Ubezpieczający określa zakres dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej spośród ryzyk określonych w § 2 ust. 2 i 3.
3. Do wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej należy dołączyć wykaz imienny osób przystępujących do Umowy Dodatkowej wraz z podpisami osób przystępujących.
4. W przypadku osób przystępujących do Umowy Dodatkowej po dniu jej zawarcia Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić „POLISA-ŻYCIE” wykaz, o którym mowa w ust. 3 wraz z rozliczeniem składki za dany okres polisowy.

§ 5.

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową „POLISA-ŻYCIE” potwierdza wystawieniem polisy.
2. W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej jej zawarcie „POLISA-ŻYCIE” potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej

§ 6.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej, z dniem wskazanym na polisie lub w aneksie do polisy.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7.

Sumę ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej stanowi kwota równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w Umowie Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 8.

1. Składka obliczana jest zgodnie z „Taryfą składek do Umowy Dodatkowej do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA”, obowiązującą w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla grupy Ubezpieczonych jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej, według stanu na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
3. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
4. W przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej składka należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną z tytułu Umowy Dodatkowej podlega ponownemu obliczeniu zgodnie z „Taryfą składek do Umowy Dodatkowej do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA” obowiązującą w dniu złożenia wniosku o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki z tytułu Umowy Podstawowej.
6. „POLISA-ŻYCIE” posiada prawo zaproponowania zmian w zawartej Umowie Dodatkowej, w postaci zmian wysokości składki i/lub sumy ubezpieczenia, w terminach i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 10 odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu polisowego, za który wpłacona została pierwsza składka z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” z tytułu Umowy Podstawowej,
 - 2) w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację Umowy Podstawowej,
 - 3) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

KARENCAJA

§ 10.

1. W okresie karencji odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 2) z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) z tytułu wystąpienia u małżonka/konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) z tytułu wystąpienia u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 11) z tytułu pobytu małżonka/konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) z tytułu pobytu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 13) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 14) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 15) powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 16) narodzin Ubezpieczonego wcześniaka,
 - 17) wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną),
 - 18) poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,

- 19) rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 20) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 21) rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 22) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - 23) wystąpienia poważnego zachorowania, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
 - 24) z tytułu leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:
 - 1) w przypadku gdy: trwała całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM”, operacja chirurgiczna Ubezpieczonego, poważne zachorowanie, rehabilitacja Ubezpieczonego, rekonwalescencja szpitalna Ubezpieczonego lub pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego nastąpiły z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy,
 - 2) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 3 miesiące.
 3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu: zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (u Ubezpieczonego, małżonka/konkubenta Ubezpieczonego, dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego, rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego oraz rodziców macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego), powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, małżonka/konkubenta Ubezpieczonego lub dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego), pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM”, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wypadku, leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień;
 - 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego;
 - 3) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem;
 - 4) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych;
 - 5) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających;
 - 6) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.
3. „POLISA-ŻYCIE” nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:
 - 1) w wyniku usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 2) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
 - 3) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwale jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, innych środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek leków zalecanych na ich opakowaniach bądź ulotkach dodanego leku,
 - 4) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 5) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 6) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po objęciu danej osoby Umową Dodatkową lub choroby wykrytej po objęciu danej osoby Umową Dodatkową,
 - 7) związanej z leczeniem bezpłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
 - 8) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - 9) implantowania zębów,
 - 10) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - 11) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
4. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) poronienia biochemicznego,

- 2) ciąży biochemicznej,
 - 3) ciąży obumarłej,
 - 4) poronienia daremnego (missedabortion, poronienie zatrzymane),
 - 5) pozostałości elementów jaja płodowego (residua post abortum),
 - 6) poronienia sztucznego (aborcja).
5. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, obrażeń doznanych wskutek spożycia alkoholu, narkotyków lub leków
 6. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM”, rekonwalescencji poszpitalnej lub leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw skażenia jonizującego lub chemicznego, następstw powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości, następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej;
 - 2) wystąpienia padaczki i leczeniem jej następstw;
 - 3) pobytu rehabilitacyjnego;
 - 4) pobytu w ramach prewencji rentowej.
 7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków;
 - 2) zaburzeń psychicznych i zachowania;
 - 3) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS;
 - 4) pobytu diagnostycznego;
 - 5) ciąży, porodu lub usuwania ciąży;
 - 6) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia);
 - 7) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej;
 - 8) leczeniem schorzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych.
 8. W stosunku do zdarzenia leczenie poszpitalne odpowiednie zastosowanie mają również wyłączenia odpowiedzialności wskazane w Umowie Podstawowej w zakresie dotyczącym odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, skutkującego koniecznością podjęcia przez Ubezpieczonego leczenia poszpitalnego.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 12.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w § 2 ust. 2 pkt 1), uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, w wyniku wypadku przy pracy, uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent lub inne osoby, uprawnione do otrzymania świadczenia zgodnie z postanowieniami Umowy Podstawowej.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia Umowy Podstawowej, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie Podstawowej, są w szczególności: Karta Wypadku; Protokół BHP; decyzja ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy; orzeczenie odpowiedniego organu rentowego o trwałej całkowitej niezdolności do pracy oraz informacja o przyczynie powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy; dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony; karta informacyjna leczenia szpitalnego; dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy, opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG), dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia – w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu dokumentacja medyczna potwierdzająca narodziny Ubezpieczonemu wcześniaka; dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poronienia oraz odpis skrócony aktu małżeństwa – jeśli Ubezpieczony jest mężczyzną, a zdarzenie dotyczy jego małżonki; dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj operacji chirurgicznej; dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie wszczepienia sztucznej zastawki serca; dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach; dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty słuchu w obu uszach; dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy; dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie stwardnienia rozsianego; dokumentacja medyczna potwierdzająca trwałe zaburzenia czynności ruchowej, dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności „POLISA-ŻYCIE” może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 14.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 lutego 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tym dniu.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzone zostały Uchwałą nr 03/43/2013 Zarządu „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group.

Za Zarząd „POLISA-ŻYCIE” Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group