



**„SUPER GWARANCJA”**

**POSTANOWIENIA WSTĘPNE**

1. Niniejsza umowa dodatkowa stanowi integralną część Umowy Podstawowej, na podstawie której „POLISA-ŻYCIE” S.A. udziela dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie określonym poniżej.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
3. W sprawach niuregulowanych 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) **wcześnieak** – 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” S.A.;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne 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, mający związek z pracą Ubezpieczonego wykonywaną na rzecz Ubezpieczającego 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 Ubezpieczającego wykonywanych przez Ubezpieczonego bez polecenia, a także mających miejsce w czasie pozostawania Ubezpieczonego do dyspozycji Ubezpieczającego w drodze między siedzibą Ubezpieczającego, a miejscem wykonywania pracy. Za wypadek przy pracy nie uznaje się wypadków, które nastąpiły w drodze do pracy lub z pracy. Uznanie 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” S.A. w stosunku do danego Ubezpieczonego, wykonany w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej (specjalista II<sup>o</sup>), 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 przeszskórne, przeznaczyńniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w Wykazie Operacji Chirurgicznych nie jest precyzowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, „POLISA-ŻYCIE” S.A. ponosi odpowiedzialność wyłącznie 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 obuocznego w wyniku choroby nie podlegająca korekcji 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 korekcji 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 podlegająca korekcji 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 korekcji 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 krtni, 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 (nieudowładni kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych), - obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. W celu uznania przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. danej jednostki chorobowej za **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pybymi 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 HBV, 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 przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. WZW B za poważne zachorowanie 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 (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-HbcIgM+++);
- 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 przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. WZW C za poważne zachorowanie w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagane będzie:
  - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
  - znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.),
  - obecność przeciwciał anti-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” S.A. zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/ $\mu$ 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 zaliczenia przez POLISA-ŻYCIE S.A. tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań 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 (ELIZA), potwierzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętka.

- 20) **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 nie 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 przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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,
- 21) **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 przez „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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;
- 22) **dzień pobytu** – rozumie się przez dzień, liczony zgodnie z definicją dnia pobytu w szpitalu zawartą w postanowieniach Umowy Podstawowej.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 2.

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega 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” S.A. 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 zł,
    - z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000,00 zł,
    - 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 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 zł, 1.500,00 zł lub 2.000,00 zł, 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 zł lub 1.500,00 zł, 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 zł lub 1.500,00 zł, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 9,
    - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni 0,1% - 1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100,00 zł,
    - 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 100,00 zł,
  - 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 50,00 zł,
  - 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 50,00 zł,
  - z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
  - 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,
  - 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,
  - z tytułu narodzin Ubezpieczonemu wcześniaka 20% sumy ubezpieczenia,
  - z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) 20% sumy ubezpieczenia,
  - z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według następujących zasad:
    - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy 5% - 50 % sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 2.000,00 zł,
    - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy 50% świadczenia określonego w lit. a),
    - 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” S.A. wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych,
  - z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, która przeprowadzona została podczas pobytu w szpitalu, trwającego minimum 3 dni, „POLISA-ŻYCIE” S.A. wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie według zasad określonych w pkt 22) lit. a) – c),
  - z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000,00 zł,
  - z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 500,00 zł,
  - z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000,00 zł.
- 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 następujący pakiet jednostek chorobowych:
    - wszczepienie sztucznej zastawki serca,
    - utrata wzroku,
    - utrata słuchu,
    - utrata mowy,
    - stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym,
    - kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
    - borelioza,
    - wirusowe zapalenie wątroby typu B, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
    - wirusowe zapalenie wątroby typu C,
    - zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
  - Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia którejkolwiek z jednostek chorobowych, określonych w ust. 3 wynosi równowartość świadczenia określonego dla ryzyka poważnego zachorowania w Umowie Podstawowej.
  - Do pakietu jednostek chorobowych, o którym mowa w ust. 3 stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej dotyczące ryzyka poważnego zachorowania.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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” S.A.

11. Dla każdego okresu rocznego trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE S.A. z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, małżonka/konkubenta Ubezpieczonego, dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego) maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu danego ryzyka wynosi 21 dni, zaś dla świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” – 14 dni.

**UMOWA DODATKOWA**  
**warunki zawarcia Umowy Dodatkowej**  
**§ 3.**

- Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
- 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.

**zasady zawarcia i przystąpienia do Umowy Dodatkowej**  
**§ 4.**

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

**§ 5.**

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

**czas trwania Umowy Dodatkowej**  
**§ 6.**

Umowę Dodatkową zawiera się na czas nieokreślony, z dniem wskazanym na polisie lub w aneksie do polisy.

**SUMA UBEZPIECZENIA**  
**§ 7.**

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

**SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI**  
**§ 8.**

- 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.
- 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;
- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są na polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
- W przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej składka należy na 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.
- 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.
- „POLISA-ŻYCIE” S.A. zastrzega sobie prawo do ponownej oceny ryzyka i dokonania 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.**

- Z zastrzeżeniem postanowień § 10 odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, za który wpłacona została pierwsza składka, pod warunkiem, że pierwsza składka została wpłacona w terminie do 12 dnia miesiąca, w którym ma się rozpocząć odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
  - w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu Umowy Podstawowej,
  - w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację Umowy Podstawowej,
  - w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
  - w zakresie: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub

udaru mózgu, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu na „OIOM” oraz wystąpienia poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 ust. 3 - w dniu ukończenia 65 roku życia przez osobę, której dotyczy dane ryzyko ubezpieczeniowe.

**KARENCCJA**  
**§ 10.**

- W okresie karencji odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
  - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu wystąpienia u małżonka/ konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu wystąpienia u dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu wystąpienia u rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu pobytu małżonka/ konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - z tytułu pobytu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
  - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - narodzin Ubezpieczonemu wcześniaka,
  - wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną),
  - poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S. A. w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:
  - z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek - 6 miesięcy,
  - z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek - 6 miesięcy,
  - z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek - 6 miesięcy,
  - z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 ust. 3 – 6 miesięcy,
  - z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy.
- Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.

**WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**  
**§ 11.**

- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszk, 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 drogowego w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych podobnie działających środków.
- Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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 jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:

- 1) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu drogowego bez wymaganych i ważnych uprawnień lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu;
  - 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) wystąpienia dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych;
  - 4) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających;
  - 5) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe niebezpiecznych sportów, takich jak: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, nurkowanie z aparatem oddechowym, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping), sporty ekstremalne.
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku lub wypadku przy pracy zaistniałych przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A.
4. „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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 długotrwałym jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, innych środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek lekarstw zalecanych na ich opakowaniach bądź ulotkach do danego 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, zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany pici,
  - 8) implantowania zębów,
  - 9) wykonanej w celach diagnostycznych,
  - 10) związanej z usunięciem ciała obcych metodą endoskopową,
  - 11) dotyczącej następstw błędów lekarskich oraz uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba, że leczenie dotyczyło bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków.
5. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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 (missed abortion, poronienie zatrzymane),
  - 5) pozostałości elementów jaja płodowego (residua post abortum),
  - 6) poronienia sztucznego (aborcja).
6. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek jest wyłączona w przypadku gdy przyczyna wystąpienia powyższego zdarzenia powstała przed pierwszym dniem odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE” S.A. w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
7. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. 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, następstw błędów lekarskich oraz uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, obrażeń doznanych wskutek spożycia alkoholu, narkotyków lub leków.
8. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE” S.A. z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na „OIOM” jest wyłączona w przypadku:
- 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw błędów lekarskich oraz uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba, że leczenie dotyczyło bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków, 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 dyskpatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych;
  - 3) wystąpienia padaczki i leczeniem jej następstw;
  - 4) pobytu rehabilitacyjnego;

- 5) pobytu w ramach prewencji rentowej;
- 6) zgonu Ubezpieczonego podczas pobytu w szpitalu.

## 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 Ogólnych Warunków, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.

## ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia Ogólnych Warunków, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w ogólnych warunkach, stanowiących treść danej Umowy 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 (o ile były wykonane) potwierdzonych 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 trwale zaburzenia czynności ruchowej; dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności „POLISA-ŻYCIE” S.A. może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 14.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 stycznia 2010 roku.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Umowy Dodatkowej do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Opcją Funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzone zostały Uchwałą nr 187/2009 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „POLISA-ŻYCIE” S.A. z dnia 02 grudnia 2009 roku.

Za Zarząd „POLISA-ŻYCIE” S.A.

Jeszek Szewdo.  