Załącznik nr 1/2016
DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE SUPER GRUPA
„MULTIOCHRONA PLUS"

Niniejszy załącznik potwierdza warunki szczególne umowy Zbiorowego Ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA zawieranej w ramach programu „MULTIOCHRONA PLUS (Wariant I)":

§1

1. Postanowienia §1 pkt 2) OWU otrzymują brzmienie: „2) Ubezpieczony – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, która złoży wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia".
2. Do ww. umowy ubezpieczenia przystąpić mogą osoby, które nie ukończyły 55 roku życia, lub na wniosek Ubezpieczającego oraz za zgodą Zarządu „POLISA-ŻYCIE" osoby, które nie ukończyły 60 roku życia.

§2

1. Dla każdego rocznego okresu ochrony danego Ubezpieczonego łączny maksymalny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek wynosi 90 dni.
2. W przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w danym roku trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" i trwa nieprzerwanie w kolejnym, okres tego pobytu jest zaliczany do wysokości niewykorzystanego maksymalnego limitu przypadającego na rok poprzedzający. W przypadku, gdy taki pobyt w szpitalu przekroczy limit przypadający na rok poprzedzający, w pozostałym zakresie okres tego pobytu jest zaliczany do limitu przypadającego na kolejny rok.
3. Okres pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w okresie trwania odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" i trwa nieprzerwanie po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia wlicza się do okresu pobytu w szpitalu będącego podstawą świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 1.

§3

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania obejmuje również odpowiedzialność z tytułu wystąpienia następujących jednostek chorobowych:
   1) **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – rozumiana jako lecznicza technika (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegająca na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzona w świeżym zawale serca, wykonana przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie wymagane jest:
      a) potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca,
      b) 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";
   2) **utrata wzroku** – rozumiana jako całkowita i nieodwracalna utrata 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;
   3) **utrata kończyny** – rozumiana jako amputacja co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazowa lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględnym 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;
   4) **utrata mowy** – rozumiana jako nieodwracalna, całkowita utrata 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;
   5) **wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy** – rozumiane jako zmiany chorobowe miąższu 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 WZW B za poważne zachorowanie 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+++);
   6) **sepsa vs posocznica** – rozumiana jako zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodujący powstanie powikłań w postaci ropni w narządach miąższowych. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
      a) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
      b) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik
      c) badania posiewowego krwi,
      d) powikłań w badaniach obrazowych.
2. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania polega na wypłacie świadczenia z tytułu wystąpienia jednostek chorobowych wskazanych w §1 pkt 17) Ogólnych Warunków Zbiorowego ubezpieczenia na Życie SUPER GRUPA, zwanych dalej OWU (definicja poważnego zachorowania) oraz dodatkowo następujących jednostek chorobowych:
   1) **utrata wzroku** – rozumiana jako całkowita i nieodwracalna utrata 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;

2) **utrata słuchu** – rozumiana jako całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegającą 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;
3) **utrata kończyny** – rozumiana jako amputacja co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazowa lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględnym 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;
4) **utrata mowy** – rozumiana jako nieodwracalna, całkowita utrata 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;
5) **kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu** – rozumiane jako ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszona przez kleszcze, powodująca 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;
6) **łagodny nowotwór mózgu** – rozumiany jako proces powolnego rozrostu 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 zastosowanym leczeniu. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
   a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii,
   b) potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym;
7) **wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy** – rozumiane jako zmiany chorobowe miąższu 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 WZW B za poważne zachorowanie 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+++);
8) **sepsa vs posocznica** – rozumiana jako zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodujący powstanie powikłań w postaci ropni w narządach miąższowych. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest potwierdzenie:
   e) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
   f) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik
   g) badania posiewowego krwi,
   h) powikłań w badaniach obrazowych.
9) **oponiak** – rozumiany jako nowotwór wewnątrzczaszkowy wychodzący z komórek meningocelialnych (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;
10) **tężec** – rozumiany jako zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (Clostridium tetani), poparte dodatnim wywiadem co do skaleczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną.

3. Do jednostek chorobowych, o których mowa w ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio postanowienia OWU dotyczące ryzyka poważnego zachorowania.
4. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 1 lub 2 z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek okres ograniczenia odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE" (karencja) wynosi 6 miesięcy, licząc od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń z tytułu zdarzeń, wskazanych w ust. 1 i 2 jest Ubezpieczony.

§4

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu ww. umowy ubezpieczenia obejmuje także ryzyka:
   1) Zgon rodziców lub macochy/ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   2) Zgon rodziców lub macochy/ojczyma małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
   1) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających;
   2) okoliczności, o których mowa w §13 ust. 1 - 3 OWU, odnoszących się odpowiednio do osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń, wskazanych w ust. 1 jest Ubezpieczony.

§5

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku dotyczy **trwałej całkowitej niezdolność do pracy** rozumianej, jako: *„całkowitą utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, orzeczoną na okres powyżej 5 lat przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy. Pojęcie trwałej całkowitej niezdolność do pracy obejmuje również całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji."*
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
   1) działania Ubezpieczonego, znajdującego się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających;
   2) okoliczności, o których mowa w §13 ust. 1 - 3 OWU.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzenia, wskazanego w ust. 1 jest Ubezpieczony.
4. W dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu ww. umowy ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa.

§6

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia polega na wypłacie przez „POLISA-ŻYCIE" świadczenia w przypadku:
   1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
   2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
   3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
   4) pierwszorazowego podłączenia dializatora do przetoki tętniczo-żylnej lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
2. Za specjalistyczne leczenie, o którym mowa w ust. 1 rozumie się następujące rodzaje leczenia, których przyczyna wystąpiła w okresie odpowiedzialności „POLISA-ŻYCIE":
   a) **chemioterapia** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminującą z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE" chemioterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest: potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;
   b) **radioterapia** – rozumiana jako metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE" radioterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;
   c) **wszczepienie kardiowertera / defibrylatora** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przezżylne 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;
   d) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora)** – rozumianego jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej, oraz przezżylne wprowadzenie elektrod/y 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 węzła zatokowego, 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 przezskórnym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, krioaplikacje, ultradźwięki, laser). Dla uznania przez „POLISA-ŻYCIE" 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 nadciśnienie 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 interferonoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego;
3. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia objęta jest okresem ograniczenia odpowiedzialności (karencja) w wymiarze 3 miesięcy, licząc od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 jest Ubezpieczony.

§7

1. Odpowiedzialność „POLISA-ŻYCIE" z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub małżonki Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) dotyczy **„poronienia"** rozumianego jako: *„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)"*.
2. 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 (missed abortion, poronienie zatrzymane),
   5) pozostałości elementów jaja płodowego (residua post abortum),
   6) poronienia sztucznego (aborcja).

Prezes Zarządu
Wiesław Szermach

Członek Zarządu
Andrzej Zadrożny