

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Użyte w niniejszym Wyciągu określenia oznaczają:

- 1) całkowite niezdołnienie do pracy - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych jest to stan niesprawności uniemożliwiający ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony orzeczeniem o całkowitej niezdołności do pracy orzeczonemu na okres co najmniej 5 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdołności do pracy; w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdołności do pracy jest to stan niesprawności powodujący konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potwierdzony orzeczeniem o niezdołności do samodzielnej egzystencji orzeczonemu na okres co najmniej 2 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 niniejszego Wyciągu,
- 2) całkowite zniszczenie - zdarzenie mające miejsce na terenie Polski polegające na uszkodzeniu przedmiotu zakupionego przy użyciu karty, w ciągu 30 dni od daty zakupu, w takim zakresie, że koszty naprawy przekraczają 85% ceny jaką ubezpieczony zapłacił za dany przedmiot,
- 3) czasowa niezdołność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 1 niniejszego Wyciągu,
- 4) data utraty pracy - dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
- 5) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną- oświadczenie Woli Posiadacza rachunku karty, mocą którego wyraża on odpowiednio zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia lub rezygnację z ubezpieczenia złożone pisemnie, ustnie za pośrednictwem serwisu telefonicznego CA24 albo elektronicznie - za pośrednictwem serwisu internetowego CA24 albo każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela kanału komunikacji (nośnika informacji).
- 6) karta - karta kredytowa wydana ubezpieczonemu przez ubezpieczającego, jako karta VISA Castorama,
- 7) kradzież zakupów - zdarzenie mające miejsce na terenie Polski polegające na zaborze w celu przywłaszczenia rzeczy ruchomej zakupionej przy użyciu karty, w ciągu 30 dni od daty zakupu, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 4 niniejszego Wyciągu,
- 8) nielegalne użycie karty - zdarzenie objęte ubezpieczeniem polegające na dokonaniu przez osobę inną niż ubezpieczony płatności kartą na terenie Polski w kwocie łącznej powyżej 200 zł, bez zgody ubezpieczonego, w okresie obejmującym dzień, w którym ubezpieczony zawiadomił ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty oraz dzień poprzedzający, z zastrzeżeniem, że kradzież karty została zgłoszona odpowiednim organom ścigania najpóźniej 48 godzin po zawiadomieniu ubezpieczającego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 3 niniejszego Wyciągu,
- 9) nieszczerły wypadek - nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego,
- 10) okres rozliczeniowy - powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc), kończący się w dniu, w którym sporządzany jest wyciąg z rachunku kredytowego, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy limitu, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania wyciągu,
- 11) posiadacz rachunku karty - osoba fizyczna, która podpisała z Bankiem umowę o kartę, będąca jednocześnie posiadaczem rachunku kredytowego, tzn. podpisała z Bankiem umowę o limit,
- 12) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszego wyciągu:
 - chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyńiach wieńcowych,
 - niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,
 - nowotwór (rak) – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, chorobę Hodgkina, złośliwie nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,
 - udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyńniczych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać oparte na łącznym wystąpieniu zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu, a także udary mózgu spowodowane urazami,
 - zawał serca – pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi,

- 13) rachunek karty - prowadzony przez ubezpieczającego rachunek ubezpieczonego, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu karty,
- 14) śmierć - zgon ubezpieczonego na skutek jakiegolwiek przyczyny z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 1 niniejszego Wyciągu,
- 15) Ubezpieczający, Bank - Credit Agricole Bank Polska S.A., z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1,
- 16) Ubezpieczony - osoba, której ubezpieczający wydał kartę - posiadacz rachunku karty, który wyraził zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia podpisując Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną,
- 17) Ubezpieczyciel - w przypadku ryzyka zgonu, całkowitej niezdołności do pracy oraz czasowej niezdołności do pracy - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A., a w przypadku ryzyka utraty pracy, nielegalnego użycia karty kredytowej oraz ryzyka kradzieży lub całkowitego zniszczenia zakupów dokonanych przy użyciu karty - CARDIF Assurances Risques Divers Spółka Akcyjna Oddział w Polsce,
- 18) uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego, (następujące osoby Uprawnione w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, ustawowi spadkobiercy),
- 19) uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
- 20) utrata pracy - zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony z ubezpieczonym, w wyniku którego ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 2 niniejszego Wyciągu,
- 21) utrata zakupów - zdarzenie mające miejsce na terenie Polski objęte ubezpieczeniem, polegające na kradzieży lub całkowitym zniszczeniu przedmiotów zakupionych przy użyciu karty, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 11 ust. 4 niniejszego Wyciągu,
- 22) wiek - liczbą lat stanowiąca różnicę pomiędzy danym dniem, a datą urodzenia posiadacza karty,
- 23) zakupy - rzeczy ruchome („rzeczy” lub „przedmioty”) zakupione przez ubezpieczonego na terenie Polski przy użyciu karty.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego, ryzyko utraty pracy świadczoną na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego, ryzyko nielegalnego użycia karty kredytowej na terenie Polski oraz ryzyko utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty wydanej ubezpieczonemu przez ubezpieczającego.
2. W zależności od opcji ubezpieczenia ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie:
 - PAKIET „ZYCIE” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdołności do pracy,
 - PAKIET „BEZPIECZNE ZAKUPY” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdołności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty,
 - PAKIET „PELNA OCHRONA PLUS” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdołności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty a także w razie utraty pracy (w przypadku posiadaczy rachunku karty, którzy w dniu zdarzenia świadczą pracę na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony) lub czasowej niezdołności do pracy (w przypadku posiadaczy rachunku karty, którzy

w dniu zdarzenia prowadzą własną działalność gospodarczą lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony) lub poważnego zachorowania w odniesieniu do posiadaczy rachunku karty, którzy w dniu zdarzenia uzyskują przychody z tytułu emerytury, renty lub z innych źródeł nie wymienionych powyżej.

3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego Wyciągu, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca posiadaczem rachunku karty, której wiek w dniu objęcia ubezpieczeniem nie przekracza 71 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1, jest:
 - 1) podpisanie przez posiadacza rachunku karty z Ubezpieczającym umowy o limit,
 - 2) wyrażenie przez tę osobę zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną.

Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3 z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub całkowitej niezdołności do pracy oraz ubezpieczenia na wypadek nielegalnego użycia karty kredytowej i utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty,
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdołności do pracy lub utraty pracy,
 - 3) trzydziestego dnia po dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania,
nie wcześniej jednak niż od dnia zawarcia umowy o limit lub kartę, a w przypadku zawarcia umowy o kartę również dokonania aktywacji karty w systemie Ubezpieczającego.

Rozdział 5. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej.

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu, za który została opłaconą składka i w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej).

Rozdział 6. Suma ubezpieczenia - wysokość świadczeń.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień SWU, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest jako:
 - a) suma wszystkich należnych Ubezpieczającemu w tym dniu odsetek, opłat i prowizji związanych z prowadzeniem rachunku karty, i
 - b) kwota wykorzystanego limitu kredytowego na rachunku karty, nie wyższa jednak niż kwota limitu kredytowego przyznanego przez Ubezpieczającego, i/lub
2. W razie uznania Ubezpieczonego za całkowicie niezdołnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień SWU, sumie ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdołności do pracy na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowicie niezdołnego do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowita niezdołność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdołności. Wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdołności do pracy określona jest jako wysokość zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, nie więcej jednak niż średnia wysokość zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym suma ubezpieczenia jest określana.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ubezpieczenia równa jest wysokości zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, nie więcej jednak niż średnia wysokość zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym suma ubezpieczenia jest określana.
4. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego wyciągu. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
5. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdołności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego wyciągu, kwocie minimalnej wymaganej spłaty z tytułu zadłużenia na rachunku karty, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdołności do pracy, począwszy od przypadającej do zapłaty po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdołnością Ubezpieczonego do pracy.
6. Przynależąca świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 5, wypłacane są przez Ubezpieczyciela w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty.
7. Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 5, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdołności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z tytułu Umowy ubezpieczenia.
8. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdołności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdołności do pracy.

9. Jeżeli nawrót niezdołności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdołności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 5, przypadającego na okres kolejnej niezdołności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdołności.

10. Jeżeli nawrót niezdołności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdołności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 5, przypadających na okres kolejnej niezdołności do pracy po upływie 30 kolejnych dni kolejnej niezdołności do pracy.

11. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w przypadku utraty pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego wyciągu kwocie minimalnej wymaganej spłaty z tytułu zadłużenia na rachunku karty, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej utraty pracy.

12. Przynależąca świadczenie miesięczne wypłacane jest przez Ubezpieczyciela osobie Uprawnionej, w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty przypadających do zapłaty po 60 dniach od daty utraty pracy.

13. Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 11, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (utrata pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.

14. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 11, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.

15. W przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej podstawą ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania jest dowód transakcji dokonanych przy nielegalnym użyciu karty. Maksymalna kwota odszkodowania wypłacanego przez ubezpieczyciela w ciągu 12 miesięcy równa jest limitowi zadłużenia ustalonego przez ubezpieczającego dla danej karty, nie więcej jednak niż 10 000 zł. Z kwoty odszkodowania potrąca się 10 %, jako udział własny ubezpieczonego w szkodzie.

16. Jeżeli, w przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej, ubezpieczony wystąpił równocześnie z roszczeniem do ubezpieczyciela oraz z reklamacją do ubezpieczającego dotyczącą tych samych transakcji, kwoty uznane przez ubezpieczającego będą potrącone z kwoty odszkodowania. W przypadku uznania reklamacji przez ubezpieczającego po wypłacie odszkodowania przez ubezpieczyciela część odszkodowania równa wartości uznanych reklamacji podlega zwrotowi na rzecz ubezpieczyciela.

17. W przypadku utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty kredytowej podstawą ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania są dokumenty potwierdzające zapłatę przy użyciu karty za utracone przedmioty, wyszczególniające wartości utraconych przedmiotów. Maksymalna kwota odszkodowania wypłacanego przez ubezpieczyciela w ciągu 12 miesięcy równa jest limitowi zadłużenia ustalonego przez ubezpieczającego dla danej karty, nie więcej niż 6000 zł.

18. Wypłata przez ubezpieczyciela odszkodowania, o którym mowa w ust. 17, polega na zwrocie kwoty równej cenie zakupionego przedmiotu, potwierdzonej dowodem zakupu, nie więcej jednak niż 2000 zł, z zastrzeżeniem, że z kwoty odszkodowania potrąca się 10 %, jako udział własny ubezpieczonego w szkodzie.

19. W przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty, w razie zbiegu okoliczności z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, odszkodowaniem wypłaca się do wysokości szkody w granicach sum ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia.

20. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Rozdział 7. Składki.

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony poprzedzający zdarzenie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego Rozdziału.

2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości na warunkach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela wypłacane są przez Ubezpieczyciela osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.

2. Wniosek o realizację świadczenia osoba uprawniona do odbioru świadczenia zobowiązana jest zgłosić do ubezpieczyciela:

- w przypadku zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz utraty pracy - niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
- w przypadku nielegalnego użycia karty lub utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty - najpóźniej 15 dni od daty wysłania przez ubezpieczającego wyciągu z operacji na rachunku karty, który obejmuje transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty lub świadczy o zaplaceniu kartą za utracone przedmioty.

3. Dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia:

- w przypadku śmierci:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu),
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu - dostarcza Ubezpieczający,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
- w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych - orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej 5 lat;
 - w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczone na okres co najmniej 2 lat, wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności;
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy - dostarcza Ubezpieczający,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
- w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy - dostarcza Ubezpieczający,
 - informacja o źródle uzyskiwania dochodów w dniu zdarzenia (np. zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony),
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
- w przypadku poważnego zachorowania:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, zgodnie z Rozdziałem 1 ust. 2 pkt 13,
 - zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
 - informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania - dostarcza Ubezpieczający,
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
- w przypadku utraty pracy:
 - każdorazowo po utracie pracy
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - dokument potwierdzający wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę (np. kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kopia świadectwa pracy),
 - dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony,
 - zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej utraty pracy, (dostarcza Ubezpieczający).
 - Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
- w przypadku nielegalnego użycia karty:
 - potwierdzenie zawiadomienia ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty,
 - potwierdzenie dokonania zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania najpóźniej 48 godzin po zawiadomieniu ubezpieczającego,
 - wyciąg z rachunku karty z potwierdzonym przez ubezpieczającego pisemnym wyszczególnieniem transakcji dokonanych przy nielegalnym użyciu karty,
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - zaświadczenie o indywidualnym charakterze zdarzenia - inne dokumenty poświadczające nielegalne użycie karty (wymagane przez Ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania),
- w przypadku utraty zakupów:
 - dokładny opis okoliczności kradzieży lub całkowitego zniszczenia zakupionego przedmiotu,
 - wyciąg z rachunku karty świadczący o zaplaceniu za utracone przedmioty przy użyciu karty,
 - dowód zapłaty za utracone przedmioty (faktura, paragon lub rachunek),
 - w przypadku kradzieży - kopia protokołu ze zgłoszenia kradzieży zakupów organom ścigania dokonanego najpóźniej 48 godzin po zajściu zdarzenia, wraz z protokołem zeznań świadka kradzieży złożonych organom ścigania,
 - w przypadku całkowitego zniszczenia - oświadczenie zawierające szczegółowy opis stopnia zniszczenia oraz kosztorys naprawy przedmiotu zakupionego przy użyciu karty, wystawiony przez autoryzowany serwis,
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - dostarcza Ubezpieczający,
 - zaświadczenie o indywidualnym charakterze zdarzenia - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania.

4. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego zgłoszenia roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty

świadczenia oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia.

- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia
- Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 5 powyżej okoliczności koniecznych do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 5 niniejszego ustępu.
- W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie, w terminie przewidzianym w ust. 5 i 6 niniejszego rozdziału wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.

Rozdział 9. Obowiązki ubezpieczonego.

- Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zwłoki i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. W razie potrzeby, na prośbę i na koszt ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
- Ubezpieczony może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
- Umyślne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, o ile miały one wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Rozdział 10. Wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

- W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego, jako całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty a także w razie utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - w dniu wygaśnięcia ważności karty w następstwie wypowiedzenia lub wygaśnięcia umowy o limit, z wyjątkiem transakcji dokonanych przed datą wygaśnięcia lub rozwiązania umowy o limit,
 - w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło wypowiedzenie umowy o limit,
 - w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 71 lat,
 - w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie określonym w umowie ubezpieczenia,
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania.

Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności.

- W przypadku zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - pożostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zazywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania - następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu - następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną w ciągu pierwszych 24 miesięcy od daty objęcia ubezpieczeniem na wypadek zgonu,
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania - nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestąpieniem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy - uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania - zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - w przypadku ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy - umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na uszkodzenie ciała na prośbę Ubezpieczonego.
- W przypadku utraty pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
 - utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy,
 - utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy pracodawcy z ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas określony.
- W przypadku nielegalnego użycia karty odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli:
 - karta została użyta przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z ubezpieczonym,
 - karta została użyta wskutek umyślnego czynu ubezpieczonego lub czynu dokonanego z jego współudziałem,
 - karta została użyta w transakcjach z wykorzystaniem kodu PIN oraz transakcjach internetowych,
 - nielegalne użycie karty zgłoszono później niż 45 dni od daty wysłania przez ubezpieczającego wyciągu z rachunku karty ubezpieczonego obejmującego transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty.
- W przypadku utraty zakupów odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda powstała w wyniku:
 - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub osoby, za którą ponosi odpowiedzialność lub, z którą prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,
 - kradzieży zakupionych przedmiotów z pojazdu lub kradzieży pojazdu, jeżeli zakupione przedmioty znajdowały się w skradzionym pojeździe,
 - normalnego zużycia zakupionego przedmiotu,
 - wad fizycznych zakupionego przedmiotu lub innych uszkodzeń wynikających z winy producenta lub uszkodzeń przedmiotu przez osoby instalujące przedmiot / urządzenie,
 - nieprawidłowego użycia zakupionego przedmiotu,
 - zniszczenia powstałego podczas dostawy, jeżeli przedmiot był dostarczany przez osobę inną niż ubezpieczony,
 - uszkodzeń gruntu lub budynków,
 - uszkodzeń powstałych wskutek wojny (w tym wojny domowej), zamieszek, aktów terroryzmu, rozruchów, powstań, rewolucji,
 - uszkodzeń powstałych wskutek działania siły wyższej,
 - uszkodzeń spowodowanych skażeniem lub promieniowaniem radioaktywnym,
 - zagubienia przedmiotu.
- W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty zakupów ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - przedmioty objęte gwarancją rękojmią lub innym ubezpieczeniem jeżeli ich zakres obejmuje ryzyka objęte ubezpieczeniem w ramach niniejszego Wyciągu,
 - pojazdy mechaniczne, akcesoria samochodowe, rośliny, zwierzęta, artykuły spożywcze, używki, gotówka (w walucie polskiej lub obcej), biżuteria, klejnoty, czeki, bilety (kolejowe, lotnicze) oraz inne dokumenty i papiery wartościowe,
 - przedmioty nabyte nielegalnie,
 - przedmioty zagubione,
 - przedmioty zakupione z przeznaczeniem na cele handlowe,
 - przedmioty zakupione jako używane,
 - przedmioty, których wartość jednostkowa jest niższa niż 200 zł.

6. W przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w wyniku zajścia zdarzenia określonego w ust. 4, ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu kwoty wypłaconego odszkodowania.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za roszczenia zgłoszone z tytułu utraty zakupów po upływie 45 dni od daty zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Rozdział 12. Postanowienia końcowe.

1. Roszczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,
Pl. Piłsudskiego 2, 00-073
Warszawa.
3. Wszelkie spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego.

