

19. 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.
20. Wypłata przez ubezpieczyciela odszkodowania, o którym mowa w ust. 19, 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 szkodzi.
21. W przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty, w razie zbiegu odszkodowań z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, odszkodowanie wypłaca się do wysokości szkody w granicach sum ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia.
22. 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 6. Składki.

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa należąca 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 ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

Rozdział 7. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia osoba uprawniona do odbioru świadczenia zobowiązana jest zgłosić do ubezpieczyciela:
 - a) w przypadku zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy oraz utraty pracy – niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem;
 - b) w przypadku nielegalnego użycia karty lub utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty - najpóźniej 15 dni od daty wystąpienia 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. Przynależące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, zależnie od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
 - 1) w przypadku śmierci:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - d) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia),
 - 2) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) - 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;
 - c) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia),
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy oraz, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - d) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - e) 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),
 - f) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania),
 - 4) w przypadku poważnego zachorowania:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
 - e) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania),
 - 5) w przypadku utraty pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokument potwierdzający wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę (np. kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kopia świadectwa pracy),
 - c) dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony,
 - d) zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
 - e) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia).
 - 6) w przypadku nielegalnego użycia karty:
 - a) potwierdzenie zawiadomienia ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty,
 - b) potwierdzenie dokonania zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania najpóźniej 48 godzin po zawiadomieniu ubezpieczającego,
 - c) wyciąg z rachunku karty z potwierdzonym przez ubezpieczającego pisemnym wyszczególnieniem transakcji dokonanych przy nielegalnym użyciu karty,
 - d) zależnie od indywidualnego charakteru zdarzenia - inne dokumenty poświadczające nielegalne użycie karty (wymagane przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania).
 - 7) w przypadku utraty zakupów:
 - a) dokładny opis okoliczności kradzieży lub całkowitego zniszczenia zakupionego przedmiotu,

- b) wyciąg z rachunku karty świadczący o zaplaceniu za utracone przedmioty przy użyciu karty,
 - c) dowód zapłaty za utracone przedmioty (faktura, paragon lub rachunek),
 - d) 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,
 - e) w przypadku całkowitego zniszczenia – oświadczenie zawierające szczegółowy opis stopnia zniszczenia oraz kosztorys naprawy przedmiotu zakupionego przy użyciu karty, wystawiony przez autoryzowany serwis,
 - f) zależnie od indywidualnego charakteru zdarzenia - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
 5. Jeżeli wypłata świadczeń nastąpiła wskutek wydarzenia, które wynikło pośrednio lub bezpośrednio z oszustwa, lekomyślności lub zaniedbania ubezpieczonego, wszystkie wypłacone wcześniej świadczenia powinny być zwrócone do Cardiff.

Rozdział 8. Obowiązki ubezpieczonego.

1. 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.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Udzielenie przez ubezpieczonego odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 9. Wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - 1) w dniu zamknięcia rachunku karty otrzymanej przez ubezpieczonego w ramach umowy o wydanie karty zawartej z ubezpieczającym,
 - 2) w dniu, w którym ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 3) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego w terminie,
 - 4) w dniu śmierci ubezpieczonego, wystąpienia u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
 - 5) w odniesieniu do całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 6) w dniu wygaśnięcia ważności karty, z wyłączeniem przypadku zastrzeżenia karty lub jej wznowienia,
 - 7) w dniu unieważnienia karty przez Bank,
 - 8) w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło złożenie przez ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.

Rozdział 10. Wyłączenia odpowiedzialności.

1. 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:
 - 1) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) działaniem ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 3) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - 5) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - 6) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,
 - 7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym itp.),
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - 9) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 10) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 11) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.
2. W przypadku utraty pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
 - 1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem,
 - 2) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego,
 - 3) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
 - 4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy,
 - 5) utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy pracodawcy z ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas określony.
3. W przypadku nielegalnego użycia karty odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli:
 - 1) karta została użyta przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z ubezpieczonym,
 - 2) karta została użyta wskutek umyślnego czynu ubezpieczonego lub czynu dokonanego z jego współudziałem,
 - 3) karta została użyta w transakcjach z wykorzystaniem kodu PIN,
 - 4) nielegalne użycie karty zgłoszono później niż 45 dni od daty wystąpienia przez ubezpieczającego wyciągu z rachunku karty ubezpieczonego obejmującego transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty.
4. W przypadku utraty zakupów odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda powstała w wyniku:
 - 1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub osoby, za którą ponosi odpowiedzialność lub, z którą prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,
 - 2) kradzieży zakupionych przedmiotów z pojazdu lub kradzieży pojazdu, jeżeli zakupione przedmioty znajdowały się w skradzionym pojeździe,
 - 3) normalnego zużycia zakupionego przedmiotu,
 - 4) wad fizycznych zakupionego przedmiotu lub innych uszkodzeń wynikających z winy producenta lub uszkodzeń przedmiotu przez osoby instalujące przedmiot / urządzenie,
 - 5) nieprawidłowego użycia zakupionego przedmiotu,
 - 6) zniszczenia powstałego podczas dostawy, jeżeli przedmiot był dostarczany przez osobę inną niż ubezpieczony,
 - 7) uszkodzeń gruntu lub budynków,
 - 8) uszkodzeń wynikających z zakupu usług,
 - 9) uszkodzeń powstałych wskutek wojny (w tym wojny domowej), zamieszek, aktów terroryzmu, rozruchów, powstań, rewolucji,
 - 10) uszkodzeń powstałych wskutek działań siły wyższej,
 - 11) uszkodzeń spowodowanych skażeniem lub promieniowaniem radioaktywnym,

- 12) przyczyn nieokreślonych lub zagubienia przedmiotu.
5. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty zakupów ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
- 1) przedmioty objęte gwarancją, rękojmią lub innym ubezpieczeniem jeżeli ich zakres obejmuje ryzyka objęte ubezpieczeniem w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 2) pojazdy mechaniczne, akcesoria samochodowe, rośliny, zwierzęta, artykuły spożywcze, używki, gotówka (w walucie polskiej lub obcej), biżuteria, klejnoty, czekki, bilety (kolejowe, lotnicze) oraz inne dokumenty i papiery wartościowe,
 - 3) przedmioty nabyte nielegalnie,
 - 4) przedmioty zagubione,
 - 5) przedmioty zakupione z przeznaczeniem na cele handlowe,
 - 6) przedmioty zakupione jako używane,
 - 7) 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 11. 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, Ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa.
3. Wszelkie spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Wyciągu mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej.