

**Warunki dotyczą kart Visa CARREFOUR, Alsolia MasterCard
Pakiet życie, Pakiet pełna ochrona plus
Plany podstawowe**

**SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
(INDEKS Luk/06/life – K Pełna Ochrona Plus)**

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy Kart Kredytowych (Indeks Luk/06/life – K Pełna Ochrona Plus) zwane dalej SWU mają zastosowanie w Umowie Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Kredytowych – Polisa LUK/06, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A. a Credit Agricole Bank Polska S.A. na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy posiadacza karty oraz poważnego zachorowania. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zadłużenia na rachunku karty w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
 - 2) Ubezpieczający – Credit Agricole Bank Polska S.A. (poprzednio LUKAS Bank S.A.) z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1,
 - 3) ubezpieczony - osoba, której Ubezpieczający wydał kartę - posiadacz karty,
 - 4) uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego,
 - 5) uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
 - 6) karta – karta kredytowa wydana ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego jako karta Visa CARREFOUR, Alsolia MasterCard,
 - 7) rachunek karty – prowadzony przez Ubezpieczającego rachunek ubezpieczonego, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu karty,
 - 8) 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,
 - 9) Posiadacz rachunku – osoba fizyczna, która podpisała z Bankiem umowę o kartę, będąca jednocześnie Posiadaczem rachunku kredytowego, tzn. podpisała z Bankiem umowę o limit,
 - 10) śmierć - zgon ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - 11) całkowita niezdolność 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 niezdolności do pracy orzeczoną na okres co najmniej 5 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy; w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy jest to stan niesprawności powodujący konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potwierdzony orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczoną na okres co najmniej 2 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności,
 - 12) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - 13) 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 12 niniejszych SWU:
 - 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,
 - udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu, a także udary mózgu spowodowane urazami,
 - 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, choroba Hodgkina, złośliwe 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,
 - chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,

- 14) nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego,
- 15) wiek – liczba lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia posiadacza karty,
- 16) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną– oświadczenie woli posiadacza karty, mocą którego wyraża on odpowiednio zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową lub rezygnację z ubezpieczenia złożone pisemnie lub ustnie za pośrednictwem serwisu telefonicznego CA24 internetem za pośrednictwem serwisu internetowego CA24 lub każdego innego akceptowanego przez ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji).

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie:
 - 1) zgonu ubezpieczonego,
 - 2) całkowitej niezdolności do pracy,
 - 3) czasowej niezdolności do pracy - w odniesieniu do posiadaczy kart, którzy prowadzą własną działalność gospodarczą lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony,
 - 4) poważnego zachorowania - w odniesieniu do posiadaczy kart, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury, renty lub z innych źródeł niż umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony, niewymienionych w pkt 3.
 - 5) W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem niniejszych warunków, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

Rozdział 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia.

1. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia - polisy. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Szczególne Warunki Ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

Rozdział 4. Przystąpienie do ubezpieczenia.

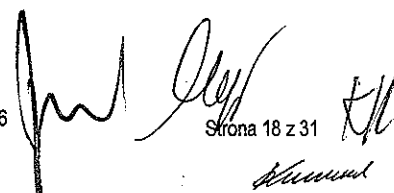
1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca posiadaczem karty kredytowej, której wiek w dniu objęcia ubezpieczeniem nie przekracza 71 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa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

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego Rozdziału.
2. Objęcie danej osoby zgłaszanej do ubezpieczenia odpowiedzialnością Ubezpieczyciela potwierdzone jest umieszczeniem numeru umowy o wydanie karty kredytowej na liście umów zawartych z Ubezpieczającym przez osoby, które spełniły warunki określone w Rozdziale 4.
3. 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 niezdolności do pracy,
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania,nie wcześniej jednak niż od dnia zawarcia umowy o kartę.

Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej.

1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana przez Ubezpieczającego w formie listu poleconego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli składka za określonego ubezpieczonego nie została zapłacona w terminie 30 dni od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem tego ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem 30 dnia od terminu płatności składki, jeżeli Ubezpieczyciel wezwał Ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez zakład terminie.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4 może być wznowiona po opłaceniu składki i po ponownym spełnieniu warunków opisanych w Rozdziale 4 ust. 2 pkt. 2, w odniesieniu do tego ubezpieczonego.
6. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie może dotyczyć osób już ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 11.
7. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
8. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka i w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
9. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej).



Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

- Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ubezpieczenia równa jest kwocie całkowitego zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, to jest sumie:
 - wszystkich należnych Ubezpieczającemu w tym dniu odsetek, opłat i prowizji związanych z prowadzeniem rachunku karty, i
 - kwoty wykorzystanego limitu kredytowego na rachunku karty, nie wyższej jednak niż kwota limitu kredytowego przyznanego przez Ubezpieczającego.
- W przypadku zgonu ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Umowie ubezpieczenia.
- W razie uznania ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, sumie ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
- 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.
- W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
- Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, kwocie minimalnej spłaty zadłużenia na rachunku karty, począwszy od przypadającej do zapłaty po 90 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy.
- Przysługujące świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 6 wypłacane są przez Ubezpieczyciela w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty.
- Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 6, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego, z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Kredytowych.
- W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 6, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - dnia, w którym ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
- Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
- Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 6, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 90 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.

Rozdział 8. Składki.

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa, dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo do proporcjonalnej zmiany taryfy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczającego na 30 dni przed datą wprowadzenia zmiany taryfy, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 14 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie taryfy.
- 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. 4 i 5.
- 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.
- W przypadku zawieszenia przez Ubezpieczającego obowiązku spłaty zadłużenia w związku z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej (zgodnie z art. 131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004, Nr 241, poz 2416)), Ubezpieczyciel, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, zawieszka obowiązek opłacania składki przez okres maksymalnie dwunastu miesięcy.

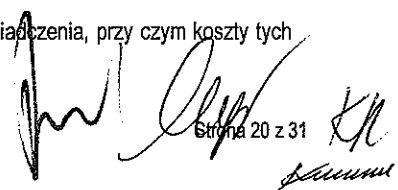
Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

- Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami, uposażony lub uprawniony do odbioru świadczenia zobowiązany jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
- Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu 14 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, 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 śmierci (karta zgonu),
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 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;
 - c) 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;
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, 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 kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) 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),
 - g) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - h) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 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) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia wymaga uzupełnienia o inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, zobowiązany jest w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia do wystąpienia we własnym zakresie o dodatkowe dokumenty oraz poinformowania o tym fakcie Ubezpieczającego. W takim wypadku termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upłynięciu okresu 90 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia. Po tym terminie Ubezpieczyciel zobowiązany jest do natychmiastowego podjęcia decyzji na podstawie posiadanej dokumentacji.
 5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie 14 dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń oraz dostarczenia oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
 6. 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 10. 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



3. badania zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Udzielenie przez ubezpieczonego odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:

- 1) w dniu wygaśnięcia ważności karty, z wyłączeniem przypadku zastrzeżenia karty lub jej wznowienia,
- 2) w dniu unieważnienia karty przez Bank,
- 3) w dniu zamknięcia rachunku karty otrzymanej przez ubezpieczonego w ramach umowy o kartę zawartej z Ubezpieczającym,
- 4) w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia,
- 5) w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 71 lat,
- 6) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 4,
- 7) w dniu śmierci ubezpieczonego lub wystąpienia u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
- 8) 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.

Rozdział 12. Wyłączenia odpowiedzialności.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, 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, aktach terroryzmu lub sabotażu,
4. eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych 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 nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
10. zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
11. umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.

Rozdział 13. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych SWU ulegają przedawnieniom z upływem 3 lat.

Rozdział 14. Tryb i warunki zmiany Umowy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony może zostać zmieniona przez Ubezpieczyciela po uprzednim powiadomieniu Ubezpieczającego listem poleconym w terminie jednego miesiąca przed planowaną zmianą umowy ubezpieczenia. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy dotychczasowej oraz zmienionymi warunkami umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku sprzeciwu Ubezpieczającego na proponowane warunki umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zachowuje prawo do odstąpienia od umowy, w terminie 14 dni od doręczenia powiadomienia Ubezpieczycielowi o zmianie warunków umowy ubezpieczenia.

Rozdział 15. Postanowienia końcowe.

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych SWU.
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.,
Pl. Piłsudskiego 2
00-073 Warszawa
3. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

