

**WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW SYGMA BANQUE SOCIÉTÉ ANONYME
(SPÓŁKA AKCYJNA) ODDZIAŁ W POLSCE
WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
(INDEKS: UK01/SW, UKP/01 SW oraz UP01/SW)**

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Użyte w niniejszym Wyciągu określenia oznaczają:
 - 1) **aktywacja karty** – dokonanie transakcji w ciężar karty,
 - 2) **czasowa niezdolność do pracy** - niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, w wyniku którego Ubezpieczony nabywa uprawnienie do pobierania wynagrodzenia za okres choroby lub zasilku chorobowego, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 3) **data utraty pracy** – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - 4) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną** – oświadczenie osoby, która zostanie Kredytobiorcą lub będącej Kredytobiorcą o woli objęcia jej ochroną ubezpieczeniową, zawarte we wniosku kredytowym oraz w umowie kredytowej lub w odrębnym dokumencie,
 - 5) **kredyt** - kredyt odnawialny udzielany Ubezpieczonemu na podstawie umowy kredytowej,
 - 6) **Kredytobiorca** – kredytobiorca główny - posiadacz karty, który podpisał umowę kredytową z Ubezpieczającym,
 - 7) **nielegalne użycie karty** – zdarzenie polegające na dokonaniu przez osobę inną niż Ubezpieczony płatności kartą bez zgody Ubezpieczonego w okresie do 48 godzin do chwili, gdy Ubezpieczony zawiadomi Ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty, z zastrzeżeniem, że kradzież karty została zgłoszona odpowiednim organom ścigania najpóźniej 24 godziny po zawiadomieniu Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 8) **nieszczęśliwy wypadek (NW)** – oznacza zdarzenie powstałe niezależnie od jakiegokolwiek fizycznego i psychicznego schorzenia, wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego,
 - 9) **poważne zachorowanie** - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu:
 - 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 przeżytego 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 oparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczonym nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu,
 - 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, chorobą 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 wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
 - 10) **status zatrudnienia** – cecha Ubezpieczonego określana na podstawie źródła dochodów, traktowanego przez Ubezpieczającego jako podstawowe. Na potrzeby niniejszego Wyciągu są traktowane jako źródło dochodów: umowa o pracę na czas określony, umowa o pracę na czas nieokreślony, dochód z tytułu działalności gospodarczej, dochód z tytułu emerytury lub renty lub dochód z tytułu innych źródeł,
 - 11) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji, wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, potwierdzony orzeczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem, że orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 12) **Ubezpieczający** - Sygma Banque Société Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce,
 - 13) **Ubezpieczony** - osoba będąca Kredytobiorcą, która wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową i która podpisała z Ubezpieczającym umowę kredytową,
 - 14) **Ubezpieczyciel** - w przypadku ryzyka zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A., a w przypadku ryzyka utraty pracy i nielegalnego użycia karty - Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,
 - 15) **umowa kredytowa** – umowa przewidująca udzielenie przez Sygma Banque Société Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce osobie fizycznej kredytu odnawialnego połączony z kartą płatniczą,
 - 16) **Uposażony** - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu Ubezpieczonego,
 - 17) **Uprawniony** - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ubezpieczeniem innych niż zgon Ubezpieczonego,
 - 18) **utrata pracy** – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego z Ubezpieczonym na czas nieokreślony, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 19) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia,
 - 20) **zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszego Wyciągu.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych, ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz ryzyko nielegalnego użycia karty płatniczej należącej do Ubezpieczonego.
2. W zależności od opcji zakresu ochrony wybranej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) Opcja 1) zgonu Ubezpieczonego lub jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz nielegalnego użycia karty,
 - 2) Opcja 2) w zależności od statusu zatrudnienia Kredytobiorcy:
 - a) zgonu Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz czasowej niezdolności do pracy – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną prowadzili własną działalność gospodarczą lub byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 4, ust. 3.
 - b) zgonu Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz poważnego zachorowania – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną nie byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony oraz uzyskiwali dochód z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł niewymienionych w ppkt a) niniejszego Rozdziału oraz w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy zmienili status zatrudnienia, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 4 ust. 3.
 - c) zgonu Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty pracy – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 4 ust. 3.
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 5.

Rozdział 3. Objęcie Kredytobiorców ochroną ubezpieczeniową.

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Kredytobiorca mający miejsce zamieszkania w Polsce, w stosunku do którego po zsumowaniu: wiek w dniu objęcia ochroną i okres ważności karty nie przekraczają 75 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ochroną Kredytobiorcy, o którym mowa w ust. 1 jest, aby Kredytobiorca wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na dostarczony mu formularzu - 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.

**WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW SYGMA BANQUE SOCIÉTÉ ANONYME
(SPÓŁKA AKCYJNA) ODDZIAŁ W POLSCE
WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
(INDEKS: UK01/SW, UKP/01 SW oraz UP01/SW)**

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego (**dzień rozpoczęcia odpowiedzialności**) rozpoczyna się:
 - a) w dniu zajścia późniejszego ze zdarzeń: aktywacji karty i podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły one wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz w przypadku nielegalnego użycia karty,
 - b) trzydziestego dnia po dniu zajścia późniejszego ze zdarzeń: aktywacji karty i podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły one z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
 - c) dziewięćdziesiątego dnia po dniu zajścia późniejszego ze zdarzeń: aktywacji karty i podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub utraty pracy.
3. W przypadku, gdy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego, mająca wpływ na zakres ochrony wskazany w Rozdziale 2, ust. 2, pkt od a) do c), w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przez kolejne 180 dni od dnia takiej zmiany Ubezpieczyciel będzie, poza zakresem ochrony wskazanym w Rozdziale 2 ust. 2, pkt 1), udzielał ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnego zachorowania. Po tym okresie przysługuje ochrona na zasadach opisanych w Rozdziale 2, ust. 2, pkt 2, w zależności od aktualnego statusu zatrudnienia.

Rozdział 5. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania Kredytobiorcy w poszczególnym dniu trwania umowy kredytowej równa jest wysokości zadłużenia z tytułu kredytu odnawialnego w tym dniu, nie więcej jednak niż średnia wysokość zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym suma ubezpieczenia jest określana.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego bądź wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 niniejszego Rozdziału, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu lub na wypadek poważnego zachorowania, określonej w ust. 1 powyżej.
3. W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 niniejszego Rozdziału, sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Ubezpieczyciel nie ponosi jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu niezdolności do pracy spowodowanej inwalidztwem Ubezpieczonego nie prowadził działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy w ciągu każdego kolejnych 24 miesięcy równa jest sześciokrotności minimalnej spłaty zadłużenia z tytułu kredytu odnawialnego, według stanu na dzień stwierdzenia u Ubezpieczonego ostatniej czasowej niezdolności do pracy.
5. Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 niniejszego Rozdziału, równe jest kwocie minimalnych spłat zadłużenia z tytułu kredytu odnawialnego według stanu na dzień zdarzenia należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytowej, jakie przypadają do zapłaty po 90 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością Ubezpieczonego do pracy i będzie wypłacane w miesięcznych transzach w terminach wymagalności miesięcznych spłat z kredytu odnawialnego.
6. Łączna ilość miesięcznych transz świadczenia, o których mowa w ust. 5 powyżej, w każdym kolejnych 24 miesiącach, nie może przekroczyć 6, a jednocześnie łączna kwota świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy w okresie każdego kolejnych 24 miesięcy, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia określonej w ust. 4 niniejszego Rozdziału, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
7. W każdym przypadku transze świadczenia, o których mowa w ust. 6 powyżej, przestają być wypłacane począwszy od:
 - a) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - b) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - c) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
8. 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. 5, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
9. 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. 5, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.
10. Suma ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, w ciągu każdego kolejnych 24 miesięcy, równa jest sześciokrotności spłaty minimalnej, której termin płatności upłynął przed datą wystąpienia ostatniej utraty pracy będącej podstawą do nabycia prawa do świadczenia.
11. Przysługujące świadczenie miesięczne z tytułu utraty pracy, o którym mowa w ust. 10, wypłacane jest przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu w kwocie minimalnych spłat zadłużenia z tytułu kredytu odnawialnego, przypadających do zapłaty po 90 dniach od daty utraty pracy, z zastrzeżeniem ust. 12 poniżej. W razie zajścia zdarzenia świadczenie wypłacane jest przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu w miesięcznych transzach, płatnych w dniach wymagalności minimalnych spłat zadłużenia.
12. Łączna kwota świadczenia Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 11, nie może przekroczyć 6-krotności minimalnej spłaty zadłużenia z tytułu kredytu odnawialnego, według stanu na dzień ostatniej utraty pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (utrat pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
13. W każdym przypadku transze świadczenia, o których mowa w ust. 11, przestają być wypłacane począwszy od:
 - a) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - b) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.
14. 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.
15. W przypadku ryzyka nielegalnego użycia karty podstawą ustalenia przez Ubezpieczyciela wysokości świadczenia są transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty. Kwota świadczenia wypłacana przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 5 000 PLN przy zachowaniu integralnej franszyzy w wysokości 500 PLN.

Rozdział 6. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wypłacane są Uposażonemu lub Uprawnionemu do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony zobowiązany jest zgłosić Ubezpieczycielowi niezwłocznie po powzięciu informacji o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego za zgodność kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, zależnie od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - 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 w dniu zgonu);
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - 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 w dniu orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy);
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
 - d) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,

**WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW SYGMA BANQUE SOCIÉTÉ ANONYME
(SPÓŁKA AKCYJNA) ODDZIAŁ W POLSCE
WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
(INDEKS: UK01/SW, UKP/01 SW oraz UP01/SW)**

- e) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - f) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego – dowód pobrania zasiłku chorobowego ZUS za okres obejmujący płatność raty,
 - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną);
- 4) w przypadku poważnego zachorowania:
- a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w dniu wystąpienia poważnego zachorowania,
 - 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 w dniu wystąpienia poważnego zachorowania);
- 5) w przypadku utraty pracy
- każdorazowo po utracie pracy:
- a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) kopia świadectwa pracy,
 - c) dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony, w dniu podpisywania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną,
 - d) kopia ostatniej umowy o pracę,
 - e) zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
 - f) informacja o kwocie ostatniej raty, której termin płatności upłynął przed datą utraty pracy,
 - g) harmonogram spłat kredytu,
 - h) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
- przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego
- a) dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, obejmujący okres, w którym przypada płatność raty;
- 6) w przypadku nielegalnego użycia karty:
- a) potwierdzenie zawiadomienia Ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty,
 - b) potwierdzenie zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania dokonanej najpóźniej 24 godziny po zawiadomieniu Ubezpieczającego,
 - c) wyciąg z rachunku karty, który obejmuje transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty,
 - d) zależnie od indywidualnego charakteru zdarzenia inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela.
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie, o którym mowa w ust. 3.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż podana w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie trzydziestu dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego za zgodność kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Udzielenie przez zgłaszającego roszczenie lub Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Rozdział 7. Obowiązki Ubezpieczonego.

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zbędnego opóźnienia, postępować zgodnie z zaleceniami lekarza i w razie prośby Ubezpieczyciela poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb prawnych lub związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.

Rozdział 8. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego Ubezpieczonego:
- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - 2) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie wskazanym w Umowie Ubezpieczenia,
 - 3) w dniu zgonu Ubezpieczonego lub w dniu wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - 4) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego.
 - 5) w dniu zastrzeżenia karty,
 - 6) w dniu wygaśnięcia umowy kredytowej,
 - 7) w dniu zamknięcia rachunku prowadzonego dla karty płatniczej otrzymanej przez Ubezpieczonego w ramach umowy kredytu zawartej z Ubezpieczającym
 - 8) w ostatnim dniu miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował pisemnie z ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 9. Wylączenia odpowiedzialności.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz czasowej niezdolności do pracy, 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 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) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem każdorazowego rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania w przypadku objęcia tą ochroną w związku ze zmianą statusu zatrudnienia zgodnie z Rozdziałem 4 ust. 3,
 - 7) niezasadzonym 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,
 - 8) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - 9) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - 10) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 11) urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
 - 12) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 13) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, 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,

**WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW SYGMA BANQUE SOCIÉTÉ ANONYME
(SPÓŁKA AKCYJNA) ODDZIAŁ W POLSCE
WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH
(INDEKS: UK01/SW, UKP/01 SW oraz UP01/SW)**

- 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 odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek nielegalnego użycia karty odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku użycia karty:
 - 1) w transakcjach dokonanych za pomocą Internetu lub telefonu,
 - 2) przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z Ubezpieczonym, wstępnych lub zstępnych,
 - 3) wskutek umyślnego czynu Ubezpieczonego lub czynu dokonanego z jego współudziałem,
 - 4) w transakcjach z wykorzystaniem kodu PIN,
 - 5) zgłoszonego później niż 30 dni od daty wysłania przez Ubezpieczającego wyciągu z rachunku karty Ubezpieczonego obejmującego transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty.

Rozdział 10. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z tytułu ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

Rozdział 11. Postanowienia końcowe.

1. Umowa Ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki Stron w sposób odbiegający od niniejszego Wyciągu.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres:
TUnŻ Cardiff Polska S.A., Cardif Assurances Risques Divers S.A., Oddział w Polsce, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa
3. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego, Uposażonego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
4. 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.
5. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym Wyciągu mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej.