



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Świadczeń Zdrowotnych dla Kredytobiorców Sygma Banque S.A.

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Świadczeń Zdrowotnych dla Kredytobiorców Sygma Banque S.A., zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Sygma Banque S.A. - Polisa SYG-TM-01, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Sygma Banque S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczającym” albo „Bankiem”, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczycielem”, na mocy których Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń zdrowotnych, Świadczeń Assistance oraz do wypłacenia świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej.

§2 DEFINICJE

Użyтым w OWU, polisie oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy ubezpieczenia terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **Umowa o kredyt odnawialny** – Umowa kredytu odnawialnego, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a osobą fizyczną określającą wysokość przyznanego tej osobie limitu kredytowego i nie przewidująca wydania karty płatniczej, 1bis) **Umowa o kartę kredytową** – Umowa o korzystanie z karty kredytowej lub Umowa o kartę kredytową, której stronami są Ubezpieczający i osoba fizyczna, określająca wysokość przyznanego tej osobie limitu kredytowego i przewidująca wydanie karty płatniczej, 1ter) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, będąca stroną Umowy o kredyt odnawialny lub Umowy o kartę kredytową.
- 2) **Świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela określone w Załączniku numer 1 do OWU,
- 3) **Świadczeniodawca** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie Świadczeń zdrowotnych,
- 4) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie i zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej,
- 5) **Współubezpieczony** - Współmałżonek Ubezpieczonego lub Dziecko Ubezpieczonego,
- 6) **Współmałżonek Ubezpieczonego** - osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, która na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia oraz pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 7) **Dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione,
- 8) w wieku do 18 lat (w przypadku uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat), zgłoszone przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia w ramach pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego,
- 9) **Pakiet partnerski** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony oraz Współmałżonek Ubezpieczonego albo jedno Dziecko Ubezpieczonego,
- 10) **Pakiet rodzinny** - pakiet ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, Współmałżonek oraz maksymalnie dwoje Dzieci Ubezpieczonego,
- 11) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 13) **miesiąc** – miesiąc kalendarzowy,
- 14) **Suma ubezpieczenia** - kwota wymieniona w OWU wypłacana w przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- 15) **Zadłużenie** – suma zobowiązań Kredytobiorcy wobec Banku, wynikająca z tytułu zawartej Umowy o kredyt odnawialny,
- 16) **Świadczenie Assistance** – Świadczenia wymienione w § 8 niniejszych OWU,
- 17) **Centrum Operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela.

§3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
 2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń zdrowotnych określonych w załączniku numer 1 do OWU, zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Assistance, o których mowa w § 8 oraz wypłacie Sumy ubezpieczenia Uposażonym, w przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
 3. W ramach Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, na wniosek Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela, o której mowa w § 3 ust 2, może zostać rozszerzona na Współubezpieczonych.
 4. Współubezpieczeni mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie dostępu do Świadczeń zdrowotnych oraz Świadczeń Assistance.
-

§4
TERYTORIALNY ZASIĘG OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Polski.

§5
OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kredyt odnawialny lub jest stroną Umowy o kartę kredytową,
 - 2) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz złożyła wymagane oświadczenia,
 - 3) w dniu obejmowania ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia.
2. Zapisu § 5 ust. 1 pkt. 1) oraz 2) nie stosuje się do Współmałżonka Ubezpieczonego oraz Dzieci Ubezpieczonego.
3. Zapisu § 5 ust. 1 pkt. 3) nie stosuje się do Dzieci Ubezpieczonego.
4. W przypadku objęcia ubezpieczeniem Dziecka Ubezpieczonego, jest ono objęte ubezpieczeniem począwszy od 31 dnia po dacie jego urodzenia.
5. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie telefonicznego wniosku Ubezpieczonego złożonego Ubezpieczającemu lub na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczonego w placówkach sprzedaży wskazanych przez Ubezpieczającego.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył w czasie rozmowy telefonicznej oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia lub w placówce sprzedaży wyznaczonej przez Ubezpieczającego złożył pisemny wniosek, nawet jeżeli oświadczenie to lub wniosek dotrą do Ubezpieczającego w taki sposób, że może się z nim zapoznać dopiero po tym dniu.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu następujących wymogów:
 - 1) złożeniu przez Ubezpieczonego telefonicznego lub pisemnego wniosku o objęcie ochroną Ubezpieczeniową w zakresie dostępu Ubezpieczonego do Świadczeń zdrowotnych i Świadczeń Assistance,
 - 2) złożeniu przez Ubezpieczonego telefonicznego lub pisemnego wniosku o objęcie ochroną Ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w przypadku Pakietu rodzinnego lub Pakietu partnerskiego złożeniu przez Ubezpieczonego telefonicznego lub pisemnego wniosku o rozszerzenie ubezpieczenia na Współubezpieczonych.
8. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie przesyłając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca $x + 1$, gdzie x oznacza miesiąc, w którym Ubezpieczony zgłosił rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej.
9. Wnioski Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 5 i 8 Ubezpieczyciel winien niezwłocznie zgłosić do Ubezpieczającego.
10. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych i usług Assistance, Ubezpieczony traktowany jest tak, jakby nigdy nie został objęty ochroną.
11. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka Ubezpieczonego lub Dzieci Ubezpieczonego.

12. Rezygnacja przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka Ubezpieczonego lub Dzieci Ubezpieczonego nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego.
13. Skuteczne odstąpienie lub rozwiązanie przez Ubezpieczonego od Umowy o kredyt odnawialny lub umowy o kartę kredytową jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej powstałej w związku z tą umową.
14. Ubezpieczony może w każdej chwili dokonać zmiany pakietu ubezpieczenia przesyłając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie pakietu ze skutkiem na pierwszy dzień miesiąca $x + 2$, gdzie x oznacza miesiąc, w którym Ubezpieczony przesłał Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie pakietu.

§6 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty Świadczeń zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych, w przypadku Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego, w zakresie wskazanym w Załączniku nr 1 do OWU.
2. Koszty Świadczeń zdrowotnych pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Świadczeniodawcy.
3. Przed skorzystaniem ze Świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem (+48 22) 542 18 00 lub 0801 401 800 w celu umówienia wizyty lub skierowania do właściwej poradni Świadczeniodawcy,
 - 2) przedstawić ważny dowód tożsamości umożliwiający identyfikację Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego,
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek personelu medycznego Świadczeniodawcy,
 - 4) przestrzegać terminów świadczeń zdrowotnych.
4. Dostęp do Świadczeń medycznych przysługuje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu wyłącznie w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zleconych przez lekarzy Świadczeniodawcy.

§7 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Sumę ubezpieczenia w wysokości 2 000 zł lub 10 000 zł w zależności od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w pierwszej kolejności pokrywa Zadłużenie wynikające z Umowy o kredyt odnawialny albo Umowy o kartę kredytową, w związku z którą nastąpiło objęcie ubezpieczeniem tego Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Suma ubezpieczenia przewyższa wysokość zadłużenia, różnica pomiędzy Sumą ubezpieczenia, a Zadłużeniem wypłacana jest osobom najbliższym Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) dzieci rodzeństwa,
 - 6) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego z wyłączeniem Skarbu Państwa.
3. Otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w ust. 2 w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w dalszej kolejności. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują świadczenie w równych częściach.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do Zgonu Ubezpieczonego.
5. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest dostarczenie do siedziby Ubezpieczyciela osobiście lub listem poleconym następujących dokumentów:
 - 1) urzędowego dokumentu potwierdzającego datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 2) dokumentu potwierdzającego tożsamość osób, o których mowa w ust.2,
 - 3) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci,
 - 4) dokumentu potwierdzającego wysokość Zadłużenia Ubezpieczonego,
 - 5) dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa.
6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w OWU, w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

7. Gdyby wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa ust.6, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Zgonu Ubezpieczonego.

§8 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty następujących Świadczeń Assistance wykonywanych wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu w razie wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zdrowotne usługi informacyjne.
2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt.1) Ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do łącznej wysokości 2000 złotych w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) opiekę pielęgniarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - 2) pomoc domową – jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony był hospitalizowany, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji;
 - 3) w przypadku, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego wypadku.
3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz Centrum operacyjnego.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt. 2) Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu:
 - 1) dostęp za pośrednictwem infolinii do informacji między innymi o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia, placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, dietach, zdrowym żywności, itp.
 - 2) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu ustnej informacji zdrowotnej, dotyczącej dalszego postępowania Ubezpieczonego.
5. Informacje, o których mowa w ust.4 nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza dyżurnego Centrum operacyjnego lub Ubezpieczyciela.
6. Świadczenia Assistance realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego i Współubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance. Ubezpieczony lub Współubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę, pod numerem telefonu **(+48 22) 522 29 48 lub (48 22) 232 29 48..**
7. Ubezpieczony lub Współubezpieczony kontaktując się z Centrum operacyjnym, powinien podać następujące informacje:
 - 1) numer PESEL lub datę urodzenia,
 - 2) imię i nazwisko,
 - 3) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 5) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
8. Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum operacyjnego do okazania wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia, skierowania lekarskie lub recepty.
9. W przypadku, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Centrum operacyjne ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
10. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam poniósł koszty Świadczeń Assistance, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Zwrot kosztów nastąpi pod warunkiem telefonicznego wniosku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, złożonego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance lub od dnia, w którym telefoniczne zgłoszenie stało się możliwe. Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest również do przedstawienia wskazanych przez Centrum operacyjne dokumentów. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania Świadczeń Assistance we własnym zakresie.

§9
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia w zakresie pokrycia kosztów Świadczeń zdrowotnych, jeżeli były one wynikiem
 - 1) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich,
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 3) obrażeń lub skutków chorobowych związanych z usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego,
 - 4) obrażeń lub skutków chorobowych doznanych na skutek działań wojennych, stanu wyjątkowego, stanu wojennego, zamieszek, rozruchów, aktów terroryzmu lub sabotażu, działania energii jądrowej,
 - 5) leczenia następstw uczestnictwa Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych,
 - 6) nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 7) leczenia wad wrodzonych, uszkodzeń okołoporodowych lub mających charakter dziedziczny,
 - 8) zmiany płci,
 - 9) zakażenia wirusem HIV,
 - 10) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków i innych środków odurzających, zażycia środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnego przekroczenia dawek leków powszechnie stosowanych w lecznictwie.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie pokrycia kosztów Świadczeń Zdrowotnych, jeżeli były one związane z:
 - 1) leczeniem uzależnień,
 - 2) zabiegami i operacjami kosmetycznymi,
 - 3) leczeniem bezpłodności, wszelkimi formami sztucznego zapłodnienia lub aborcją,
 - 4) prowadzeniem ciąży wysokiego ryzyka,
 - 5) leczeniem chorób zdiagnozowanych i/lub leczonych w ciągu 12 miesięcy przed dniem początku odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
 - 6) ciążą w okresie pięciu miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego.
3. Z zakresu Świadczeń zdrowotnych wyłączone są te przypadki, które wymagają interwencji pogotowia ratunkowego.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za roszczenia Ubezpieczonego wynikające z błędów w sztuce lekarskiej.
5. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest nienależne, jeżeli Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
 - 2) samobójstwa lub próby samobójstwa w okresie 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień lub kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu.
6. Postanowienia niniejszego paragrafu dotyczące Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do Współubezpieczonych.

§10
OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w § 10 ust.1, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego Umową ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania składek ubezpieczeniowych.
4. Ubezpieczony i Ubezpieczający obowiązani są do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłowe wykonanie zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia.

§11
WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w terminie 7 dni licząc od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, z dniem otrzymania oświadczenia przez Ubezpieczyciela,
 - 2) rozwiązania Umowy ubezpieczenia, z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający wypowiedział Umowę ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczający lub Ubezpieczony wypowiedział Umowę o kredyt odnawialny lub Umowę o kartę kredytową, w związku z którą nastąpiło objęcie ubezpieczeniem tego Ubezpieczonego.
 - 2 bis) rozwiązania Umowy o kredyt odnawialny albo Umowy o kartę kredytową, w związku z którą nastąpiło objęcie ubezpieczeniem tego Ubezpieczonego, wskutek upływu jej terminu – w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem miesiąca poprzedzającego miesiąc rozwiązania tej umowy.
 - 3) odstąpienia od Umowy o kredyt odnawialny albo Umowy o kartę kredytową, w związku z którą nastąpiło objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem,
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
 - 6) zablokowania przez Bank transakcji zgodnie z warunkami określonymi w Umowie o kredyt odnawialny albo Umowie o kartę kredytową, w związku z którą nastąpiło objęcie Ubezpieczonego ubezpieczeniem, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Bank dokonał blokady.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Współubezpieczonych.

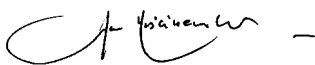
§12
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przekazywane w formie pisemnej na adres:

Cardif ARD S.A,
Skrytka pocztowa 105
85-950 Bydgoszcz 1

2. 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.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Dyrekcji Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce. z dnia 23 lutego 2009 roku i wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2009 roku.

Dyrektor Oddziału



Jan Emeryk Rościszewski

Zastępca Dyrektora Oddziału



Leszek Skop

	Zakres świadczeń zdrowotnych
Opieka specjalistyczna	Nieograniczony dostęp do lekarzy specjalistów: Internisty, Pediatri, Ginekologa, Okulisty, Dermatologa, Ortopedy, Chirurga, Alergologa, Urologa, Kardiologa, Laryngologa, Gastrologa.
Podstawowe testy diagnostyczne	<p>Wszystkie badania wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Świadczeniodawcy, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> badania hematologiczne: morfologia krwi z pełnym zróżnicowaniem granulocytów; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), płytki krwi, retikulocyty; badania serologiczne: HBs antygen, odczyn VDRL/USR/RPR, oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh(D) z oceną hemolizyn, przeciwciała przeciw HBs; badania układu krzepnięcia: czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), czas protrombinowy (PT), fibrynogen (FIBR); badania biochemiczne krwi: albuminy, aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginjanowa (AST), amylaza, białko całkowite, białko C-reaktywne (CRP), bilirubina bezpośrednia, chlorki (Cl), cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), fosfataza alkaliczna (AP), fosfataza kwaśna całkowita, fosfataza sterczowa, gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), glukoza, test obciążenia glukozą, kineza fosfokreatynowa, kreatynina, kwas moczowy, mocznik, potas (K), proteinogram, sód (Na), stężenie transferazy, trójglicerydy, wapń całkowity (Ca), żelazo-całkowita zdolność wiązania (TIBC), żelazo (Fe); badania moczu: amylaza w moczu, badanie ogólne moczu (profil), białko w moczu, glukoza w moczu, kreatynina w moczu, wapń w moczu; badania kału: badanie ogólne kału, krew utajona w kale, pasożyty/jaja pasożytów w kale; badania czynnościowe: EKG spoczynkowe, spirometria; badania z zakresu diagnostyki RTG: RTG kości twarzy: okolicy czołowej, żuchwy, szczęki, zatok nosa, nosa, oczodołu, okolicy nadoczodołowej, spojenia żuchwy, okolicy jarzmowo-szczękowej; RTG tkanek miękkich klatki piersiowej; RTG kręgosłupa AP i L (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego); RTG kości kończyn i miednicy: barku i ramienia, łokcia/przedramienia, nadgarstka/dłoni, kończyny górnej, kończyny dolnej, miednicy/biodra, uda/kolana/podudzia, kostki/stopy; RTG przeglądowe jamy brzusznej; badania z zakresu diagnostyki USG: USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne), USG macicy nieciążarnej i przydatków, USG macicy ciężarnej, USG macicy małej, USG piersi, USG przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, USG tarczycy; posiewy i bakteriologia: posiew moczu z antybiogramem, posiew kału ogólny, posiew kału w kierunku Salmonella-Shigella, posiew z gardła, posiew z rany; badania immunochemiczne krwi: antystreptolizyna O (ASO), odczyn Walera-Rosego; badania hormonalne: hormon tyreotropowy (TSH); inne: badanie cytologiczne.