

Załącznik 4. do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Polisa Nr ALIOR/01 oraz do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Polisa Nr ALIOR/02.



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART
INDEKS: SWU ALIOR/01

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Posiadaczy Kart, oznaczone indeksem SWU ALIOR/01 mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Alior Bank SA (Polisa nr ALIOR/01) oraz Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers Polska S.A. Oddział w Polsce a Alior Bank SA (Polisa nr ALIOR/02).

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Posiadaczy Kart (dalej: „SWU/01”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) „**Aktywacja karty**” – zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną, umożliwiającą dokonywanie transakcji przy użyciu karty, dokonana na prośbę Posiadacza lub Użytkownika karty oraz w sposób wskazany przez Ubezpieczającego i określony w regulaminie karty opisującym warunki wydawania i użytkowania kart wydawanych przez Alior Bank SA;
- 2) „**Bankomat**” – urządzenie służące do samodzielnej wypłaty środków pieniężnych przy użyciu karty;
- 3) „**Czasowa niezdolność do pracy**” – niemożność świadczenia pracy stanowiącej źródło uzyskiwania przychodu przez Ubezpieczonego, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, trwająca przez okres co najmniej 30 kolejnych dni, wystawionym zgodnie z przepisami prawa polskiego o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 4) „**Deklaracja Ubezpieczeniowa**” – oświadczenie woli Posiadacza lub Użytkownika karty, złożone w ustalonej między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym formie, na mocy którego Posiadacz lub Użytkownik karty wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 5) „**Dzień przystąpienia do ubezpieczenia**” – dzień złożenia Ubezpieczającemu Deklaracji Ubezpieczeniowej przez Posiadacza lub Użytkownika karty;
- 6) „**Dzień zajścia zdarzenia**”:
 - a) w przypadku **śmierci** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy, wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w orzeczeniu w rozumieniu niniejszych SWU/01, a w przypadku braku przedmiotowego wskazania, za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
 - d) w przypadku **poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - w odniesieniu do nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU/01;
 - w odniesieniu do operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - w odniesieniu do przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - e) w przypadku **utrąty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony, w tym także dzień rozwiązania stosunku służbowego, wskazany w pisemnym dokumencie orzekającym o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - f) w przypadku **rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu** – dzień, w którym dokonano rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu;
 - g) w przypadku **nieuprawnionej transakcji** – dzień wykonania nieuprawnionej transakcji wskazanej w zestawieniu transakcji na karcie;
 - h) w przypadku **utrąty dokumentów** – dzień, w którym dokonano kradzieży z włamaniem lub rabunku, w wyniku których Ubezpieczony utracił dokumenty;
- 7) „**Karta**” – karta kredytowa wydana Posiadaczowi karty przez Ubezpieczającego, na podstawie Umowy o kartę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Ubezpieczającego;
- 8) „**Lekarz**” – osoba wykonująca zawód lekarza medycyny, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 9) „**Minimalna miesięczna spłata**” – kwota należna Ubezpieczającemu z tytułu transakcji wykonanych przy użyciu karty, ustalona na poziomie 3% salda zadłużenia wskazanego w zestawieniu transakcji na karcie, sporządzonym przez Ubezpieczającego za dany miesiąc użytkowania karty, uwzględniająca opłaty, prowizje i odsetki naliczone przez Ubezpieczającego za dany miesiąc z tytułu użytkowania karty;
- 10) „**Nieuprawniona transakcja**” – transakcja dokonana przy użyciu karty, lub za pomocą danych skopiowanych z karty, przez osobę inną niż Posiadacz karty, która weszła w posiadanie karty na skutek kradzieży karty lub jej zagubienia przez Ubezpieczonego, obciążająca rachunek karty oraz skutkująca zmianą salda na rachunku karty, mająca miejsce w ciągu 48 godzin poprzedzających zawiadomienie Ubezpieczającego o fakcie kradzieży karty lub jej zagubienia (nielegalne użycie karty);

mf

- 11) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) „**Numer PIN**” – poufny, składający się z czterech cyfr indywidualny numer identyfikacyjny generowany przez Ubezpieczającego na rzecz Posiadacza lub Użytkownika karty, służący do elektronicznej identyfikacji Posiadacza lub Użytkownika karty, umożliwiający dokonywanie transakcji przy użyciu karty;
- 13) „**Ochrona ubezpieczeniowa**” – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela na rzecz danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w niniejszych SWU/01 (ubezpieczenie);
- 14) „**Okres ubezpieczenia**” – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, trwający nieprzerwanie 12 kolejnych miesięcy kalendarzowych, przy czym pierwszy okres ubezpieczenia liczony jest od dnia następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 15) „**Orzeczenie**” – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu - w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do osób prowadzących działalność rolniczą;
- 16) „**Posiadacz karty**” – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kartę;
- 17) „**Poważne zachorowanie**” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób, stwierdzone u Ubezpieczonego przez lekarza, które nastąpiło w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
- nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawonokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału sercu w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu** – nagle w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
 Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) „**Rabunek gotówki wypłaconej z bankomatu**” – działanie wyczerpujące znamiona czynów określonych w art. 280 Kodeksu karnego, dokonane względem Ubezpieczonego przez osobę trzecią, mające miejsce w ciągu 12 godzin od dokonania przez Posiadacza lub Użytkownika karty transakcji w bankomacie. Działanie to obejmuje kradzież środków pieniężnych Posiadaczowi lub Użytkownikowi karty w celu ich przywłaszczenia przy użyciu przemocy, groźby jej użycia lub poprzez doprowadzenie Ubezpieczonego do stanu nieprzytomności lub bezbronności;




- 19) „Rachunek karty” – rachunek bankowy prowadzony przez Ubezpieczającego, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu danej karty, utworzony i przypisany do danej karty;
- 20) „Saldo zadłużenia” – zobowiązanie Posiadacza karty wobec Ubezpieczającego na dany dzień, wynikające z transakcji dokonanych przy użyciu karty, uwzględniające odsetki, prowizje i opłaty należne Ubezpieczającemu z tytułu użytkowania karty oraz wskazane w zestawieniu transakcji na karcie, przy czym saldo zadłużenia nie może przekroczyć kwoty limitu zadłużenia na karcie wskazanego w Umowie o kartę;
- 21) „Suma ubezpieczenia” – kwota wskazana w niniejszych SWU/01 stanowiąca podstawę wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- 22) „Składka” – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 23) „Środki pieniężne” – krajowe oraz zagraniczne znaki pieniężne;
- 24) „Status bezrobotnego” – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 25) „Świadczenie ubezpieczeniowe” – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU/01, w przypadku uznania roszczenia;
- 26) „Trwała i całkowita niezdolność do pracy” – stan niesprawności, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU/01;
- 27) „Transakcja” – jednorazowa operacja z użyciem karty, skutkująca zmianą salda na rachunku karty. Transakcja oznacza również transakcję bezgotówkową, w tym dokonaną przy użyciu połączenia internetowego, a także transakcję gotówkową obejmującą wypłatę gotówki z bankomatu;
- 28) „Ubezpieczający” – Alior Bank SA;
- 29) „Ubezpieczony” – Posiadacz lub Użytkownik karty objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU/01, na rachunek którego zawarto Umowę ubezpieczenia;
- 30) „Ubezpieczyciel” – odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, czasowej niezdolności do pracy, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub Cardif Assurance Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w przypadku ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, nieuprawnionej transakcji oraz utraty dokumentów;
- 31) „Uprawniony” – Ubezpieczający lub Ubezpieczony uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU/01;
- 32) „Umowa o kartę” – umowa o użytkowanie karty, zawarta między Ubezpieczającym a Posiadaczem karty, określająca w szczególności wysokość przyznanego danemu Ubezpieczonemu limitu zadłużenia na rachunku karty;
- 33) „Umowa ubezpieczenia” – odpowiednio Umowa Ubezpieczenia Grupowego Posiadacza Kart zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym (Polisa nr ALIOR/01), regulująca udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci, czasowej niezdolności do pracy, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub Umowa Grupowego Ubezpieczenia Posiadacza Kart zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers Polska S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym (Polisa nr ALIOR/02) regulująca udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie utraty pracy, rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, nieuprawnionej transakcji, utraty dokumentów;
- 34) „Utrata pracy” – zdarzenie polegające na utracie pracy wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego;
- 35) „Utrata dokumentów” – działanie wyczerpujące znamiona czynów określonych w art. 279 lub 280 Kodeksu karnego rozumianych jako kradzież z włamaniem lub rabunek, dokonane względem Ubezpieczonego przez osobę trzecią, skutkujące utratą przez Ubezpieczonego następujących dokumentów (do niego należących): dowodu osobistego, prawa jazdy, paszportu, legitymacji studenckiej, dowodu rejestracyjnego (dokumenty);
- 36) „Użytkownik karty” – osoba użytkująca kartę dodatkową, wydaną przez Ubezpieczającego za zgodą Posiadacza karty;
- 37) „Wiek Ubezpieczonego” – różnica pomiędzy odpowiednio: datą przystąpienia do Ubezpieczenia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego;
- 38) „Zastrzeżenie karty” – zgłoszenie, w sposób wskazany przez Ubezpieczającego w regulaminie karty utraty karty, skutkujące zablokowaniem wszelkich transakcji dokonywanych przy jej użyciu, unieważnieniem karty oraz przejęciem przez Ubezpieczającego odpowiedzialności za nieautoryzowane transakcje dokonane przy jej użyciu;
- 39) „Zestawienie transakcji na karcie” – dokument generowany i przekazywany z częstotliwością miesięczną przez Ubezpieczającego, wystawiany imiennie na rzecz danego Posiadacza karty, zawierający wykaz wszelkich transakcji wykonanych przy użyciu karty w danym miesiącu, wysokość oraz termin spłaty minimalnej miesięcznej spłaty, wysokość salda zadłużenia na rachunku karty w danym miesiącu uwzględniający dodatkowo wszelkie opłaty, prowizje i odsetki pobrane przez Ubezpieczającego w danym miesiącu z tytułu użytkowania karty;
- 40) „Zdarzenie ubezpieczeniowe” – zdarzenie określone w niniejszych SWU/01, mające miejsce w okresie ubezpieczenia, którego zajście skutkuje uprawnieniem do wnioskowania o wypłatę świadczenia.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego, ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz ryzyko poniesienia straty finansowej związanej z użytkowaniem karty, wskazane w ust. 2.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszyły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) PAKIET 1:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - c) jedno z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego źródła dochodu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień wskazanych w ust. 3:
 - czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego – w przypadku gdy, Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę zawartej na czas określony lub z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo
 - utrata pracy przez Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, albo



HN

Uwaga

- poważne zachorowanie Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu czasowej niezdolności do pracy ani z tytułu utraty pracy;
- 2) PAKIET 2:
- a) rabunek gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu przy użyciu karty,
 - b) nieuprawnioną transakcję z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego,
 - c) utratę dokumentów przez Ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia miesięczne z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub z tytułu utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 2 lub w łącznej liczbie wskazanej w art. 12 ust. 4 oraz art. 13 ust. 4 (odpowiednio), Ubezpieczonemu, niezależnie od aktualnego źródła dochodu, do końca danego okresu ubezpieczenia udzielana jest ochrona na wypadek poważnego zachorowania, w ramach zakresu ochrony wskazanego w ust. 2 pkt 1) lit. c) niniejszego artykułu, z zastrzeżeniem postanowień wskazanych w art. 4 ust. 5.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia w ramach Pakietu 1 może przystąpić każdy Posiadacz karty, który:
 - a) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył 70 roku życia, z zastrzeżeniem postanowień art. 4 ust. 5 pkt d) i e);
 - b) podpisał Deklarację Ubezpieczeniową;
 - c) zawarł z Ubezpieczającym Umowę o kartę, w ramach której limit zadłużenia na rachunku karty nie przekracza 50.000 zł.
2. Do ubezpieczenia w ramach Pakietu 2 może przystąpić każdy Posiadacz karty, który zawarł z Ubezpieczającym Umowę o kartę, w ramach której limit zadłużenia na rachunku karty nie przekracza 50.000 zł lub Użytkownik karty. Warunki świadczenia ochrony dla Użytkownika karty są analogiczne jak dla Posiadacza karty.
3. Objęcie ubezpieczeniem Posiadacza karty, któremu przyznano limit kredytowy do rachunku karty w wysokości wyższej niż 50.000 zł lub którego łączne zadłużenie, na dzień przystąpienia do ubezpieczenia, przekracza 50.000 zł (z tytułu wszystkich zawartych umów o wydanie karty, w ramach których został objęty ubezpieczeniem) wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie.
4. W odniesieniu do Pakietu 1, liczba Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia w ramach jednego rachunku karty nie może przekroczyć 2, przy czym w trakcie trwania ubezpieczenia Ubezpieczający nie może zgłosić do ubezpieczenia kolejnych osób.
5. W odniesieniu do Pakietu 2, ubezpieczeniem są objęci wszyscy Posiadacze karty lub Użytkownicy karty, przy czym nie więcej niż 10 osób.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Objęcie Posiadacza lub Użytkownika karty ochroną ubezpieczeniową (przystąpienie do ubezpieczenia) następuje po spełnieniu warunków określonych w art. 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
 2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego, który przystąpił do ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - a) następnego dnia po dniu aktywacji karty w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, nieuprawnionej transakcji oraz rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu;
 - b) 7 dnia po dniu aktywacji karty w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty dokumentów;
 - c) 30 dnia po dniu aktywacji karty w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty pracy;
 - d) 60 dnia po dniu aktywacji karty w zakresie ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy;
 - e) 90 dnia po dniu aktywacji karty w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.
 3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie ubezpieczenia trwającym 12 kolejnych miesięcy kalendarzowych, licząc od dnia następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia, a następnie, po upływie pierwszego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel automatycznie przedłuża ochronę ubezpieczeniową na kolejne okresy ubezpieczenia chyba, że Ubezpieczony poinformuje Ubezpieczającego o woli nieprzedłużenia ochrony na kolejny okres ubezpieczenia, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenia o rezygnacji.
 4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem, że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia na wypadek rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu oraz utraty dokumentów udzielana jest Ubezpieczonemu na terytorium krajów członkowskich Unii Europejskiej.
 5. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu rozwiązania Umowy o kartę;
 - b) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - c) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania;
 - d) w ostatnim dniu okresu, za jaki została opłacona składka, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania,
 - e) w ostatnim dniu okresu, za jaki została opłacona składka, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub utraty pracy;
 - f) w ostatnim dniu 30 dniowego okresu wskazanego w Umowie ubezpieczenia jako termin płatności składki za danego Ubezpieczonego, w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego oraz po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego przez Ubezpieczyciela do zapłacenia składki w wyznaczonym w wezwaniu terminie,
 - g) w ostatnim dniu okresu, za jaki została opłacona składka, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - h) w ostatnim dniu okresu, za jaki została opłacona składka w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia.
- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek w terminie i wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia.



mf

Uwaga

2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz do udostępnienia Ubezpieczonemu treści niniejszych SWU/01, przed podpisaniem przez niego Deklaracji Ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjmowania od Ubezpieczonego, wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania, od osób zgłaszających zdarzenie, Formularza Zgłoszenia Roszczenia wraz z dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela zgłoszonych przez Ubezpieczonych.
5. Ubezpieczający ma obowiązek przekazywać Ubezpieczonym informacje o zmianie warunków ubezpieczenia, w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty. W przypadku nie przekazania tych zmian, Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w SWU/01.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym informacji danych osób, jakie pozyskał w związku z przystąpieniem danej osoby do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do Formularza Zgłoszenia Roszczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a które zostały zgłoszone lub wnioskowały o przyjęcie do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek przekazywać, w razie konieczności, korespondencję dotyczącą ubezpieczenia na ostatni wskazany przez Ubezpieczonego adres korespondencyjny (zgłoszony przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu). W przypadku, gdy Ubezpieczony zmienił adres korespondencyjny, o czym nie powiadomił Ubezpieczającego, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dostarczył korespondencję, ze skutkiem prawnym po 30 dniach od jej wysłania, wysyłając ją na ostatni podany przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu adres.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia oraz wnioski o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
3. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarza leczeniu, w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W celu ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz pod rygorem utraty prawa do świadczenia, Ubezpieczony, na prośbę Ubezpieczyciela, ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz na koszt Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, pozyskane w ten sposób przez Ubezpieczyciela, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z ustaleniem zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia.

ART 9. SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający zobowiązany do opłacania łącznej składki za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.
2. Składka płatna jest w trybie miesięcznym, z dołu za każdy miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w terminie i na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest płatna na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela.
4. Dniem zapłaty składki jest dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela kwotą należnej składki.
5. Wysokość składki z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, poważnego zachorowania oraz utraty pracy, należnej za poszczególnego Ubezpieczonego za miesiąc, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, obliczana jest jako wynik iloczynu miesięcznej stawki ubezpieczeniowej oraz salda zadłużenia z zestawienia transakcji na karcie za ten miesiąc.
6. Wysokość składki z tytułu ubezpieczenia na wypadek nieuprawnionej transakcji z użyciem karty, rabunki gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu oraz ubezpieczenia na wypadek utraty dokumentów Ubezpieczonego, należnej za poszczególnego Ubezpieczonego za miesiąc, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, określona jest jako stała miesięczna kwota, której wysokość wskazana jest w Umowie ubezpieczenia.
7. Wysokość stawki ubezpieczeniowej określana jest przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem należnej składki, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki ubezpieczeniowej, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości przy najbliższym rozliczeniu składek na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania równa jest saldu zadłużenia na rachunku karty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanemu w zestawieniu operacji na karcie, jednak nie więcej niż 50.000 zł. W przypadku objęcia ubezpieczeniem dwóch Posiadaczy karty w ramach jednego rachunku karty, suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych Posiadaczy karty.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy oraz utraty pracy wynosi maksymalnie 3.600 zł w każdym okresie ubezpieczenia. W przypadku objęcia ubezpieczeniem dwóch Posiadaczy karty w ramach jednego rachunku karty, suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych Posiadaczy karty.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu wynosi maksymalnie 1000 złotych w każdym okresie ubezpieczenia.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nieuprawnionej transakcji równa jest maksymalnie równowartości 300 EUR w złotych polskich w każdym okresie ubezpieczenia.
5. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty dokumentów wynosi maksymalnie 300 zł w każdym okresie ubezpieczenia.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

W przypadku śmierci Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 1.



hm

Uwaga

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne na zasadach określonych w niniejszym artykule.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości minimalnej miesięcznej spłaty wskazanej w zestawieniu transakcji na karcie, przypadającej do spłaty w czasie tych 30 dni.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia miesięcznego z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosi 600 zł.
4. W ramach każdego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych z tytułu czasowej niezdolności do pracy.
5. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia miesięczne z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 2 lub wypłaci świadczenia miesięczne w łącznej liczbie wskazanej w ust. 4 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu z tytułu czasowej niezdolności do pracy wygasa w danym okresie ubezpieczenia.

ART 13. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY

1. W przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne na zasadach określonych w niniejszym artykule.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne po każdym 30 kolejnych dniach pozostawiania Ubezpieczonego bez pracy, za które Ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych, w wysokości minimalnej miesięcznej spłaty, wskazanej w zestawieniu transakcji na karcie, przypadającej do spłaty w czasie tych 30 dni.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia miesięcznego z tytułu utraty pracy wynosi 600 zł.
4. W ramach każdego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych z tytułu utraty pracy.
5. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia miesięczne z tytułu utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 2 lub wypłaci świadczenia miesięczne w łącznej liczbie świadczeń miesięcznych wskazanej w ust. 4 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu z tytułu utraty pracy wygasa w danym okresie ubezpieczenia.

ART 14. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU RABUNKU GOTÓWKI WYPŁACONEJ Z BANKOMATU

1. W przypadku rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych w niniejszym artykule, pod warunkiem, że rabunek gotówki nastąpił w ciągu 12 godzin od wypłaty tej gotówki z bankomatu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości zrabowanej gotówki wypłaconej z bankomatu.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia z tytułu rabunku gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu wynosi 500 zł.
4. W ramach każdego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci łącznie nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu wszystkich przypadków rabunku gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu, w granicach sumy ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3, przy czym w sytuacji, gdy doszło do rabunku gotówki podjętej z tytułu kilku wypłat, następujących bezpośrednio po sobie, wówczas takie wypłaty traktowane są jako jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
5. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu rabunku gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu w kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 3 lub wypłaci świadczenia w łącznej liczbie świadczeń wskazanej w ust. 4 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu z tytułu rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu wygasa w danym okresie ubezpieczenia.

ART 15. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIEUPRAWNIONEJ TRANSAKЦИИ Z WYKORZYSTANIEM KARTY

1. W przypadku nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych w niniejszym artykule.
2. Ubezpieczyciel wypłaci pojedyncze świadczenie w wysokości nieuprawnionych transakcji wykazanych w zestawieniu transakcji sporządzonych za miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia z tytułu nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego równa jest równowartości 150 EUR w złotych polskich.
4. W ramach każdego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci łącznie nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu wszystkich przypadków nieuprawnionych transakcji z wykorzystaniem karty, w granicach sumy ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 4.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego nie obejmuje naliczonych przez Ubezpieczającego odsetek, opłat i prowizji pobranych z tytułu danej transakcji oraz wskazanych w zestawieniu transakcji.
6. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego w kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 4 lub wypłaci świadczenia w łącznej liczbie świadczeń wskazanej w ust. 4 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu z tytułu nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty Ubezpieczonego wygasa w danym okresie ubezpieczenia.

ART 16. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY DOKUMENTÓW

1. W przypadku utraty dokumentów należących do Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych w niniejszym artykule.
2. Ubezpieczyciel wypłaci pojedyncze świadczenie w kwocie równej kosztom poniesionym przez Ubezpieczonego, w celu wykonania:
 - a) zdjęć Ubezpieczonego niezbędnych do wyrobienia duplikatów lub nowych dokumentów, i/lub
 - b) duplikatów lub nowych dokumentów.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia z tytułu utraty dokumentów Ubezpieczonego wynosi 300 złotych, przy czym nie więcej niż 150 zł za każdy utracony dokument.
4. W ramach każdego okresu ubezpieczenia udzielania ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu, Ubezpieczyciel będzie wypłacał świadczenia z tytułu utraty dokumentów Ubezpieczonego, aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 5.
5. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu utraty dokumentów Ubezpieczonego w kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 5 lub wypłaci świadczenia aż do wyczerpania się tej sumy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu z tytułu utraty dokumentów wygasa w danym okresie ubezpieczenia.

ART 17. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO



1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Ubezpieczającego jako Uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, utraty pracy oraz nieuprawnionej transakcji z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. W przypadku ubezpieczenia z tytułu rabunku gotówki wypłaconej przez Ubezpieczonego z bankomatu oraz utraty dokumentów Ubezpieczonego, należne świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu.

ART 18. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Wniosek o wypłatę świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 16 niniejszego artykułu, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. W przypadku zajścia zdarzenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, ubezpieczenia nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty, ubezpieczony powinien zgłosić zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 30 dni od dnia ujawnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, rozumianego jako zgłoszenie go odpowiednim organom ścigania.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na wypadek rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, ubezpieczenia nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty oraz w przypadku, gdy miała miejsce kradzież karty lub jej utrata, Ubezpieczony ma obowiązek zastrzec utraconą kartę oraz dokonać zgłoszenia kradzieży karty odpowiednim organom ścigania.
4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty dokumentów Ubezpieczony ma obowiązek dokonać zgłoszenia kradzieży odpowiednim organom ścigania.
5. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia były oryginałami lub odpisami lub były poświadczone za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
6. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia.
7. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
8. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 7 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności świadczenia ubezpieczeniowego lub jego wysokości okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 7 niniejszego artykułu.
9. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 7 i 8 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie przekazując pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Wypłata świadczenia realizowana jest w walucie polskiej, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Uprawnionego.
12. Brak kompletnej dokumentacji wskazanej w ust. 16 niniejszego artykułu, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli brak dokumentów miał wpływ na ustalenie podstaw do wypłaty świadczenia lub na ustalenie okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
13. Udzielanie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez osobę zgłaszającą zdarzenie może być podstawą do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie świadczenia ubezpieczeniowego.
14. W celu określenia w polskich złotych kwoty świadczeń wyrażonych w niniejszych SWU/01 w euro, stosuje się średni kurs euro ogłoszony przez Narodowy Bank Polski w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
15. W przypadku zbiegu wypłat świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu dwóch lub więcej Umów ubezpieczeń, w tym innych niż Umowa ubezpieczenia wskazana w niniejszych SWU/01, w ramach wypłat z tytułu ubezpieczenia na wypadek rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu, nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty, utraty dokumentów, świadczenie ubezpieczeniowe wypłaca się do wysokości szkody w granicach sum ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem świadczeń już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia.
16. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia jest przekazanie przez Ubezpieczającego Deklaracji Ubezpieczeniowej wraz z zestawieniem transakcji na karcie za miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe (dostarczenie zestawienia nie odnosi się do wypłaty na okoliczność utraty dokumentów) oraz przekazanie, przez osobę zgłaszającą zdarzenie, Formularza zgłoszenia roszczenia wraz dołączonymi następującymi dokumentami, z zastrzeżeniem postanowień ust. 17 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku śmierci:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - b) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) orzekające o czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, określające przewidywany okres przerwy w pracy;
 - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy oraz zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie o zatrudnieniu w oparciu o umowę zawartą na czas określony, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zaświadczenie o prowadzeniu własnej działalności gospodarczej w tym dniu;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - c) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU/01;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna gdy przyczyną niezdolności do pracy jest choroba lub dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

Handwritten mark

Handwritten signature

- d) w przypadku **poważnego zachorowania**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania;
 - dokument zaświadczenia o nabyciu prawa do otrzymywania renty lub emerytury lub inne zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodu;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- e) w przypadku **utruty pracy**:
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,
 - ostatnia umowa o pracę (zawarta na czas nieokreślony),
 - oświadczenie o rozwiązaniu stosunku pracy lub służbowego przez pracodawcę Ubezpieczonego,
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- f) w przypadku **rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu**:
- dokument potwierdzający dokonanie wypłaty środków pieniężnych w bankomacie zawierający określenie wysokości wypłaty, miejsca wypłaty oraz datę i godzinę jej dokonania;
 - protokół policyjny ze zgłoszenia rabunku na policję, zawierający zeznanie świadka rabunku, o ile świadek istnieje;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- g) w przypadku **nieuprawnionej transakcji z wykorzystaniem karty**:
- potwierdzenie zastrzeżenia karty, zawierające datę jej zastrzeżenia;
 - zestawienie transakcji na karcie, na którym uwidoczniły się numer karty oraz nieuprawnione transakcje, z oznaczeniem tych transakcji – dostarcza Ubezpieczający;
 - w przypadku kradzieży karty - kopia protokołu ze zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania, wraz z protokołem zeznania świadka kradzieży, o ile świadek istnieje;
 - protokół policyjny ze zgłoszenia zajścia nieuprawnionej transakcji lub postanowienie prokuratury o wszczęciu/zakończeniu śledztwa;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- h) w przypadku **utruty dokumentów**:
- protokół policyjny ze zgłoszenia kradzieży z włamaniem lub rabunku dokumentów wraz z protokołem zeznania świadka kradzieży z włamaniem lub rabunku, o ile świadek istnieje;
 - rachunki potwierdzające wydatki służące wykonaniu:
 - o zdjęć Ubezpieczonego niezbędnych do wykonania duplikatów lub nowych dokumentów, i/lub
 - o duplikatów dokumentów lub nowych dokumentów.
 - kopie nowo wydanych lub duplikatów dokumentów;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
17. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy albo utraty pracy, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy**:
- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy oraz zasiłku chorobowego przez ZUS;
- b) w przypadku **utruty pracy**:
- dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych.

ART 19. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
- a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
2. W przypadku **czasowej niezdolności do pracy, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
- a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
 - b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
 - h) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych;



W

St

- i) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - j) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - k) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
3. W przypadku **poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - b) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - c) następstw i konsekwencji chorób rozpoznanych i leczonych przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub w przypadku objęcia tą ochroną w związku ze zmianą źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego na zasadach określonych w art.2 ust. 2 pkt 1) lit c);
 - d) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - e) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - g) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
4. W przypadku **utrąty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
- a) wypowiedzenia stosunku pracy lub służbowego potwierdzonego dokumentem przekazanym przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - b) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego lub zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
 - c) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
 - d) wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas określony, w tym na okres próbny.
5. W przypadku **nieuprawnionego użycia karty** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku użycia karty:
- a) przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z Ubezpieczonym;
 - b) wskutek rażącego niedbalstwa, umyślnego czynu Ubezpieczonego lub czynu dokonanego z jego współudziałem;
 - c) w transakcjach z wykorzystaniem numeru PIN, za wyjątkiem tych transakcji, w których numer PIN został podany przez Posiadacza lub Użytkownika karty na skutek użycia wobec niego przemocy lub groźby użycia przemocy;
 - d) skradzionej z samochodu;
 - e) w przypadku transakcji dokonanych przed aktywacją karty, po wygaśnięciu prawa do używania karty po zgłoszeniu Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego zastrzeżenia karty;
 - f) odszkodowanie zostało wypłacone w ramach innej Umowy ubezpieczenia niż wskazana w niniejszych SWU/01.
6. W przypadku **rabunku gotówki wypłaconej z bankomatu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
- a) utrata środków pieniężnych nastąpiła w wyniku:
 - 1) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, zamieszek cywilnych i wojskowych, rozruchów, bójek, buntu, rewolucji, powstania, aktów terrorystycznych;
 - 2) konfiskaty, zatrzymania lub zniszczenia, które nastąpiły zgodnie z decyzją organów władzy państwowej;
 - 3) działania Ubezpieczonego lub osób bliskich, będących pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych;
 - b) utrata środków pieniężnych nastąpiła wskutek kradzieży karty;
 - c) środki pieniężne zostały pobrane przy użyciu innej karty niż ubezpieczona karta;
 - d) środki pieniężne zostały zrabowane po upływie 12 godzin od ich wypłaty;
 - e) środki pieniężne zostały podjęte z bankomatu przy użyciu skradzionej lub skopiowanej karty lub skopiowanego PINu;
 - f) odszkodowanie zostało wypłacone w ramach innej Umowy ubezpieczenia niż wskazana w niniejszych SWU/01;
 - g) utrata środków pieniężnych nastąpiła w wyniku zdarzenia:
 - 1) nie mającego znamion rabunku;
 - 2) będącego następstwem winy umyślnej, rażącego niedbalstwa, nieuczciwego lub przestępczego działania Ubezpieczonego, osób bliskich lub osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność.
7. W przypadku **utrąty dokumentów Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata dokumentów nastąpiła wskutek:
- a) kradzieży, która nastąpiła wskutek rażącego niedbalstwa lub w związku z umyślnym czynem Ubezpieczonego lub Użytkownika Karty lub czynem dokonanym z jego współudziałem albo za jego zgodą;
 - b) sytuacji, gdy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających;
 - c) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, zamieszek cywilnych i wojskowych, rozruchów, bójek, buntów, rewolucji, powstania, aktów terrorystycznych;
 - d) kradzieży przedmiotów objętych ochroną z samochodu lub kradzieży samochodu;
 - e) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.

ART 20. ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel ma prawo do dokonania zmiany SWU/01, w szczególności w przypadku:
 - a) zmiany ogólnych przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa lub instytucji związanych z zabezpieczeniem społecznym;
 - b) zmiany przepisów prawa dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia;
 - c) decyzji lub zaleceń wydanych przez organ nadzoru wiążących Ubezpieczyciela;
 - d) odnotowania ujemnego wyniku technicznego przez Ubezpieczyciela;
 - e) w przypadku wprowadzenia zmian do Umowy ubezpieczenia, w szczególności mających wpływ na wysokości świadczeń ubezpieczeniowych lub wysokości stawek.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do doręczenia Ubezpieczającemu, na 60 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu SWU/01, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do rozwiązania Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania nowego tekstu SWU/01.
3. Zmiany wprowadzonego do nowego tekstu SWU/01, o których mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, wiążą Ubezpieczonego, po upływie 14 dni licząc od dnia doręczenia Ubezpieczonemu nowego tekstu SWU/01, o ile w tym terminie Ubezpieczony nie zrezygnował z ubezpieczenia.



mb

Handwritten signature

4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie i na warunkach opisanych w niniejszym artykule, strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane poinformować o tym fakcie Ubezpieczonych oraz o terminie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w art. 4.

ART 21. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000r Nr. 14, poz. 176, z późn. zm.).

ART 22. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażalenia, o której mowa w ust. 4 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych.

ART 23. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWU/01, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003 Nr 124 poz. 1151 z późn. zm.) oraz inne odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

ART 24. SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, NIP 525-20-30-109,
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS:
0000048866

Kapitał akcyjny wynosi 30 000 000 zł i jest w pełni opłacony

Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, NIP 526-25-57-344
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS:
0000026002

Kapitał zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego,
który utworzył oddział, wynosi 12 480 000 euro i jest w pełni opłacony



mf

Handwritten initials