

**WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO  
O INDEKSIE WU/01 KK ORAZ WU/02 KK**

**Rozdział 1. Definicje**

1. Użyte w niniejszym wyciągu określenia oznaczają:
  - 1) **aktywacja karty** - zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną na prośbę Posiadacza karty lub Użytkownika karty, dokonana w sposób zwyczajowo przyjęty przez Ubezpieczającego, określony w Regulaminie karty;
  - 2) **bankomat** - urządzenie służące do samodzielnej wypłaty środków pieniężnych przy użyciu karty;
  - 3) **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca co najmniej 30 dni niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, w wyniku którego Ubezpieczony nabywa uprawnienie do pobierania wynagrodzenia za okres choroby lub zasilku chorobowego, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszego wyciągu;
  - 4) **Deklaracja Ubezpieczeniowa** - oświadczenie Banku i Posiadacza Karty / Użytkownika karty dotyczące objęcia Posiadacza karty / Użytkownika karty ochroną ubezpieczeniową;
  - 5) **karta** - karta wydana przez Bank Posiadaczowi karty (karta podstawowa) lub karta wydana Użytkownikowi karty (karta dodatkowa), na podstawie Umowy o kartę, z tytułu posiadania której Posiadacz karty oraz Użytkownik karty został objęty ochroną ubezpieczeniową;
  - 6) **leczenie szpitalne w następstwie nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej leczeniem szpitalnym NNV)** – niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowana leczeniem w szpitalu następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca co najmniej 7 dni, liczone jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do szpitala, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszego wyciągu;
  - 7) **minimalna wymagana miesięczna spłata** – część kwoty zadłużenia z tytułu dokonanych operacji oraz opłaty, prowizje i odsetki, które Bank wymaga do zapłaty, w wysokości i terminie wskazanym na zestawieniu operacji;
  - 8) **nieszczęśliwy wypadek** - oznacza zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
  - 9) **nieuprawniona operacja** – operacja dokonana przy użyciu karty utraconej przez Ubezpieczonego, bez wiedzy i zgody Ubezpieczonego, przez osobę inną niż wskazana w Umowie o kartę, skutkującą zmianą salda rachunku karty;
  - 10) **operacja** – jednorazowa transakcja z użyciem karty, skutkująca zmianą salda na rachunku karty, w tym operacje bezgotówkowe również dokonywane przy użyciu połączenia internetowego oraz operacje gotówkowe obejmujące wypłatę gotówki z bankomatu;
  - 11) **okres promocji** – okres, w którym Posiadacz karty oraz Użytkownicy kart są objęci ochroną ubezpieczeniową, nie ponosząc w tym czasie kosztów ochrony, a Ubezpieczający nie jest zobowiązany do zapłaty składek w tym okresie;
  - 12) **PIN** – poufny, składający się z czterech cyfr indywidualny numer identyfikacyjny generowany przez Ubezpieczającego, służący do elektronicznej identyfikacji Posiadacza karty/Użytkownika karty, umożliwiający dokonywanie operacji przy użyciu karty;
  - 13) **Posiadacz karty** - osoba fizyczna, której Bank wydał kartę na podstawie Umowy o kartę, dokonująca w swoim imieniu i na swoją rzecz operacji, określonych w Umowie o kartę oraz regulaminie karty;
  - 14) **poważne zachorowanie** - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 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 przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi,
    - **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu, a także udary mózgu spowodowane urazami,
    - **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,
    - **nowotwór (rak)** – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,
    - **chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic

- wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyńiach wieńcowych,
- **przeszczep narządów** - zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, a zabieg wykonywany jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantacyjnego;
  - 15) **rabunek** – działanie wyczerpujące znamiona czynów określonych w art. 280 kodeksu karnego, dokonane względem Posiadacza karty/Użytkownika karty bezpośrednio po dokonaniu operacji w bankomacie, obejmujące kradzież środków pieniężnych w celu ich przywłaszczenia przy użyciu przemocy, groźby jej użyciem lub poprzez doprowadzenie Posiadacza karty/Użytkownika karty do stanu nieprzytomności lub bezbronności, w tym zmuszenie Posiadacza karty/Użytkownika karty do wypłaty środków pieniężnych z bankomatu z użyciem numeru PIN;
  - 16) **rachunek karty** – prowadzony przez Ubezpieczającego rachunek Ubezpieczonego, na którym rozliczane są operacje dokonane przy użyciu karty;
  - 17) **regulamin karty** – warunki wydawania i użytkowania kart wydawanych przez Meritum Bank ICB S.A.;
  - 18) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres co najmniej 5 lat z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszego wyciągu;
  - 19) **środki pieniężne** – krajowe znaki pieniężne;
  - 20) **Ubezpieczający** - Bank – Meritum Bank ICB S.A.;
  - 21) **Ubezpieczony** – osoba objęta ubezpieczeniem, będąca Posiadaczem lub Użytkownikiem karty wydanej przez Meritum Bank ICB S.A.;
  - 22) **Ubezpieczyciel** - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania i czasowej niezdolności do pracy - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF Polska S.A., w przypadku utraty pracy, nieuprawnionej operacji przy użyciu karty oraz rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu - CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;
  - 23) **Umowa o kartę** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Posiadaczem karty regulująca wydanie oraz użytkowanie karty;
  - 24) **Umowy ubezpieczenia** – umowy zawarte pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. i / lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Meritum Bank ICB S.A., regulujące warunki udzielania ochrony na rzecz Ubezpieczonych Posiadaczy Kart oraz zasady współpracy między stronami Umowy;
  - 25) **Uposażony** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
  - 26) **Uprawniony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego, wskazana w Deklaracji Ubezpieczeniowej;
  - 27) **utrata pracy** – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych 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 z Rozdziału 13 niniejszego wyciągu;
  - 28) **Użytkownik karty** - osoba fizyczna, wskazana przez Posiadacza karty w Umowie o kartę, upoważniona przez Posiadacza karty do użytkowania kart dodatkowych;
  - 29) **wiek** – liczba lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Posiadacza karty;
  - 30) **zablokowanie karty** – czasowe wstrzymanie możliwości posługiwania się kartą, dokonane przez Ubezpieczającego;
  - 31) **zadłużenie** – suma zobowiązań Posiadacza karty wobec Banku, wynikająca z operacji dokonanych przy użyciu karty wydanej do jego rachunku karty oraz odsetek, prowizji i opłat należnych Bankowi z tytułu używania karty;
  - 32) **zastrzeżenie karty** – całkowite i nieodwołalne uniemożliwienie dokonywania operacji przy wykorzystaniu karty, zgłoszone przez Posiadacza karty/Użytkownika karty Ubezpieczającemu w sposób określony w Regulaminie karty;
  - 33) **zestawienie operacji** – wykaz wszelkich operacji na rachunku karty, sporządzony za dany okres rozliczeniowy przez Ubezpieczającego w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty, uwzględniający dodatkowo wszelkie opłaty, prowizje i odsetki pobrane przez Ubezpieczającego;
  - 34) **zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszego wyciągu.

**Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie, ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego a także ryzyko straty finansowej poniesionej przez Ubezpieczonego obejmujące nieuprawnioną operację przy użyciu utraconej karty oraz rabunek środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu.
2. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie oraz utrata pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
  - Opcja 1) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz leczenie szpitalne NNV,

Opcja 2) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, leczenie szpitalne NNW oraz w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego:

- a) utrata pracy - w odniesieniu do Posiadaczy karty zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony,
  - b) czasowa niezdolność do pracy - w odniesieniu do Posiadaczy karty, którzy prowadzą działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej) lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony albo wykonują działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem źródeł przychodów opisanych w pkt a) i c)
  - c) poważne zachorowanie - w odniesieniu do Posiadaczy karty, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury, renty lub innych źródeł oraz nie uzyskują przychodów z tytułu źródeł opisanych w pkt a) i pkt b)
3. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest strata finansowa poniesiona przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
- a) nieuprawniona operacja dokonana przy użyciu utraconej karty w czasie 48 godzin przed zastrzeżeniem karty;
  - b) utrata środków pieniężnych pobranych przy użyciu karty z bankomatu, wskutek ich rabunku w ciągu 12 godzin od momentu pobrania z bankomatu.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie wskazane w ustępie 3 pkt 1) niniejszego Rozdziału niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz zdarzenie wskazane w ustępie 3 pkt 2) mające miejsce wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

4. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń Rozdziału 13, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

### Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, spełniająca poniższe warunki:
  - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kartę, w ramach której limit zadłużenia na karcie nie przekracza 30.000 PLN
  - 2) złożyła oświadczenia zawarte w Deklaracji Ubezpieczeniowej,
  - 3) jej wiek nie przekracza 75 lat,
  - 4) w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania w trakcie trwania Umowy o kartę, złożyła pisemnie lub telefonicznie oświadczenie o stanie zdrowia,
2. Objęcie ubezpieczeniem osoby, której w ramach umowy(ów) o kartę udzielono kredytu(ów) o wyższej łącznej kwocie limitu zadłużenia niż 30.000 zł wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie, z zastrzeżeniem, że ograniczenie dotyczy wyłącznie kredytów udzielonych w ramach obowiązujących umów o kartę, przy zawieraniu których Posiadacz karty został objęty ubezpieczeniem.
3. W przypadku Posiadaczy karty, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może żądać wypełnienia przez Posiadacza karty kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka.

### Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - 1) w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW: w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, czyli zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy o kartę lub w dniu wpływu do Banku pisemnego lub telefonicznego wniosku o objęcie ochroną (w przypadku składania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania Umowy o kartę), z zastrzeżeniem Rozdziału 5 ust 4,
  - 2) w przypadku ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania: dziewięćdziesiątego dnia po dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową czyli zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy o kartę lub dziewięćdziesiątego dnia po dniu wpływu do Banku pisemnego lub telefonicznego wniosku o objęcie ochroną (w przypadku składania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania Umowy o kartę).
- 3) w przypadku ubezpieczenia na wypadek straty finansowej obejmującej nieuprawnioną operację przy użyciu utraconej karty oraz rabunek środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu: w dniu złożenia Deklaracji Ubezpieczeniowej, jednak nie wcześniej niż w dniu aktywacji karty.
3. W przypadku, gdy po dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji 2, której zakres został określony w Rozdziale 2, następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na taki, który powoduje zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej, przez kolejne 90 dni od dnia takiej zmiany statusu zatrudnienia udzielana jest ochrona na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW oraz poważnego zachorowania. Po tym okresie przysługuje ochrona na zasadach opisanych w Rozdziale 2 w zależności od aktualnego statusu zatrudnienia.

### Rozdział 5. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania Umowy o kartę.

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW, poważnego zachorowania oraz utraty pracy, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że za dzień złożenia rezygnacji przyjmuje się dzień wpływu rezygnacji do Banku.
2. Wniosek o rezygnację z ochrony Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w formie pisemnej na adres Banku. Potwierdzeniem przyjęcia wniosku o rezygnację będzie brak obciążenia kosztem z tego tytułu na zestawieniu operacji oraz brak odprowadzenia składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
3. Skuteczne odstąpienie od Umowy o kartę jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku gdy Posiadacz karty złoży pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy o kartę będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.

### Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej równa jest:
  - 1) kwocie zadłużenia na dzień sporządzenia pierwszego zestawienia operacji po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną, z wyłączeniem operacji dokonanych po dniu zdarzenia, oraz
  - 2) kwocie operacji dokonanych przed dniem zdarzenia a uwidocznionych w kolejnych zestawieniach operacji, sporządzonych po dniu zdarzenia.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 niniejszego Rozdziału, nie może przekroczyć:
  - 1) średniej kwoty zadłużenia określonej w zestawieniu operacji w ciągu sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia,
  - 2) kwoty limitu kredytowego przyznanego przez Ubezpieczającego w ramach Umowy o kartę,
  - 3) z zastrzeżeniem, że punkt 1) nie dotyczy zgonu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW równa jest maksymalnie sześciokrotności ostatniej minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin spłaty upłynął przed datą zdarzenia i której wysokość określona jest w zestawieniu operacji.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek nieuprawnionej operacji równa jest kwocie nieuprawnionych operacji obciążających rachunek karty, przy czym nie więcej niż 300 euro w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do jednej karty, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Suma ubezpieczenia na wypadek utraty środków pieniężnych wskutek rabunku, równa jest kwocie środków utraconych w rabunku, przy czym nie więcej niż 1 000 złotych w ciągu każdego kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do jednej karty, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

### Rozdział 7. Wysokość świadczeń.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Rozdziale 6 ust. 1, obliczanej na dzień śmierci Ubezpieczonego.
2. W razie uznania Ubezpieczonego za trwałe i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w Rozdziale 6 ust. 1, obliczanej 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 Ubezpieczony nie prowadził działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
3. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w Rozdziale 6 ust. 1. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
4. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie leczenia szpitalnego NNW równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin płatności przypadał bezpośrednio przed datą rozpoczęcia leczenia szpitalnego NNW.
5. łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 4, w ciągu każdego kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę

- zdarzeń (pobyty w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
6. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
    - 1) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat,
    - 2) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu.
  7. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie utraty pracy równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty nie wcześniej niż po 30 kolejnych dniach od daty uzyskania przez Ubezpieczonego uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć średniej wielkości minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty z sześciu okresów rozliczeniowych bezpośrednio poprzedzających wystąpienie zdarzenia.
  8. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 7, w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (utrat pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
  9. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 7 i 8, przestaje być wypłacane począwszy od:
    - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
    - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,
    - 3) pierwszego dnia po dniu wygaśnięcia prawa Ubezpieczonego do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
    - 4) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat.
  10. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty nie wcześniej niż po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin płatności przypadają bezpośrednio przed datą rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy.
  11. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 10, w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
  12. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 10 i 11, przestaje być wypłacane począwszy od:
    - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
    - 2) pierwszego dnia po zakończeniu czasowej niezdolności do pracy,
    - 3) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat.
  13. Jeżeli nawrót czasowej 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. 10-12, przypadającego na okres kolejnej czasowej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
  14. Jeżeli nawrót czasowej 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. 10-12, przypadających na okres kolejnej czasowej niezdolności do pracy po upływie kolejnych 30 dni czasowej niezdolności do pracy.
  15. W przypadku zajścia nieuprawnionej operacji z użyciem utraconej karty Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Rozdziale 6 ust. 4 powyżej, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, przy czym pojedyncze świadczenie nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość w złotych polskich 150 euro.
  16. W przypadku rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Rozdziale 6 ust. 5 powyżej, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, przy czym odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do maksymalnie dwóch świadczeń w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie więcej niż 500 złotych na pojedyncze świadczenie, w odniesieniu do każdej karty.
  17. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości przy najbliższym rozliczeniu składek.

## Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. W odniesieniu do ryzyka zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW, poważnego zachorowania oraz utraty pracy:
  - 1) Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową wypłacane są Uposażonemu lub Uprawnionemu.
  - 2) Wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
  - 3) Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel rozpatruje i wypłaca świadczenie najpóźniej w ciągu 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami. W celu rozpatrzenia roszczenia i wypłaty świadczenia wymagane jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

### w przypadku zgonu:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający,
- f) informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),

### w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub innego właściwego organu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy, określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy (wydane na okres co najmniej 5 lat),
- c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności przynoszącej dochód lub o uzyskiwaniu wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
- f) informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

### w przypadku leczenia szpitalnego NNW:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- c) raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty bezpośrednio przed datą rozpoczęcia leczenia szpitalnego NNW oraz w miesiącu, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu – dostarcza Ubezpieczający,
- f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

### w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
- c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony, w dniu wystąpienia zdarzenia,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
- f) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
- g) dowody wypłat zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas choroby,

- h) informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty bezpośrednio przed datą rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy oraz w okresie czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający.

w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:

- pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
- zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
- Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
- informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),

w przypadku utraty pracy:

każdorazowo po utracie pracy:

- pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- świadcstwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego i prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych wraz z datą od kiedy zasiłek przysługuje,
- kopia ostatniej umowy o pracę,
- Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- Informacja o średniej wielkości minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty z sześciu okresów rozliczeniowych bezpośrednio poprzedzających wystąpienie zdarzenia,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia;

przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego

- dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty,
- informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty w okresie pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku dla bezrobotnych.

2. W odniesieniu do ryzyka straty finansowej obejmującej nieuprawnioną operację przy użyciu utraconej karty oraz rabunek środków pieniężnych z bankomatu:

- Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami Ubezpieczony składa do Ubezpieczyciela w ciągu 30 dni od dnia sporządzenia zestawienia operacji, na którym uwzględnione zostały nieuprawnione operacje lub operacje wypłaty środków pieniężnych z bankomatu utraconych wskutek rabunku.
- Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu 7 dni od daty podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, która podejmowana jest w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
- W celu weryfikacji zasadności zgłaszanego wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony ma obowiązek:
  - w przypadku kradzieży karty:
    - zastrzec kartę niezwłocznie po zajściu zdarzenia,
    - dokonać zgłoszenia kradzieży karty odpowiednim organom ścigania, najpóźniej 24 godziny po zastrzeżeniu karty.
  - w przypadku rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu:
    - zgłosić rabunek odpowiednim organom ścigania, najpóźniej 24 godziny po zajściu zdarzenia,
    - zastrzec kartę, jeżeli została ona skradziona wraz ze środkami pieniężnymi.
- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zajścia nieuprawnionej operacji, jest dostarczenie przez Posiadacza karty lub odpowiednio Użytkownika karty następujących dokumentów:
  - wniosek o wypłatę świadczenia zawierający opis okoliczności zaistnienia szkody;
  - potwierdzenie zastrzeżenia karty, zawierające datę jej zastrzeżenia;
  - zestawienie operacji, na którym uwidocznione zostały nieuprawnione operacje, z oznaczeniem tych operacji;
  - w przypadku kradzieży karty kopia protokołu ze zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania, wraz z protokołem zeznania świadka kradzieży;
  - oryginał zaświadczenia policji o przyjęciu przez policję zgłoszenia zajścia nieuprawnionej operacji lub postanowienie prokuratury o wszczęciu/zakończeniu śledztwa;
  - Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający;

- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia stanu faktycznego i wypłaty świadczenia.

- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu jest dostarczenie przez Posiadacza karty lub odpowiednio Użytkownika karty następujących dokumentów:
  - wniosek o wypłatę świadczenia zawierający opis okoliczności rabunku środków pieniężnych,
  - dokument potwierdzający dokonanie wypłaty środków pieniężnych w bankomacie zawierający określenie wysokości wypłaty, miejsca oraz dnia i godziny jej dokonania;
  - protokół policyjny ze zgłoszenia rabunku na policję w ciągu 24 godzin od zajścia zdarzenia;
  - zeznanie świadka rabunku, jeżeli świadek istnieje, zawierające dane osobowe świadka rabunku takie jak: imię i nazwisko, adres zamieszkania, seria i nr dowodu tożsamości, nr PESEL;
  - raport medyczny - w przypadku gdy podczas rabunku doszło do obrażeń ciała Posiadacza karty/Użytkownika karty;
  - Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający;
  - inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia stanu faktycznego i wypłaty świadczenia.
- Jeżeli wypłata świadczenia nastąpiła wskutek zdarzenia, które wynika pośrednio lub bezpośrednio z oszustwa, lekkomyślności lub zaniedbania Ubezpieczonego, wszystkie wypłacone wcześniej świadczenia powinny być zwrócone do Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wymagania od Ubezpieczonego zwrotu poniesionych kosztów i do wszczęcia stosownej procedury sądowej przeciwko Ubezpieczonemu.
- Z wypłaconej kwoty świadczenia potrącone są kwoty uznanych przez Ubezpieczającego reklamacji odnośnie tych samych operacji, zgłoszonych przez Ubezpieczonego równocześnie z roszczeniem do Ubezpieczyciela. W przypadku uznania reklamacji przez Ubezpieczającego po wypłacie świadczenia przez Ubezpieczyciela część świadczenia równa wartości uznanych reklamacji podlega zwrotowi na rzecz Ubezpieczyciela.
- W przypadku zbiegu wypłat świadczeń z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, świadczenie wypłaca się do wysokości szkody w granicach sum ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem świadczeń już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia.
- W zakresie opodatkowania świadczeń zastosowanie mają odpowiednie obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
- Świadczenie z tytułu nieuprawnionej operacji nie obejmuje naliczonych przez Ubezpieczającego odsetek, opłat i prowizji pobranych przez Ubezpieczającego.
- Świadczenia są wypłacane w złotych polskich przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Uprawnionego.
- W celu określenia w polskich złotych kwoty świadczeń wyrażonych w niniejszym wyciągu w euro, stosuje się średni kurs euro ogłoszony przez Narodowy Bank Polski, obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia.
- Gdyby wyjaśnienie, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 3) oraz ust. 2 pkt 2) niniejszego Rozdziału, 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. 2 niniejszego Rozdziału.
- Udzielenie przez Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą wniosek o wypłatę świadczenia informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego oraz zgłaszającego wniosek o wypłatę świadczenia na piśmie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do podjęcia decyzji, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
- 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 9. Promocja.

Posiadacze karty, którzy zawarli Umowę o kartę i wnioskowali o objęcie ubezpieczeniem zostaną objęci w ramach promocji ubezpieczeniem na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego NNW. Okres promocji trwać będzie dwa miesiące (okresy rozliczeniowe) liczone od dnia zawarcia Umowy o kartę.

#### Rozdział 10. Składki.

- Z tytułu zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w Umowie Ubezpieczenia.
- Składki z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową naliczane są raz w miesiącu, z góry za następny miesiąc.

3. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie oraz utrata pracy Ubezpieczonego pierwsza składka z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową należna jest:
  - 1) w przypadku osób objętych ochroną w okresie promocji, o której mowa w Rozdziale 9- od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie okresu promocji,
  - 2) w przypadku osób objętych ochroną po upływie okresu promocji, o której mowa w Rozdziale 9 - od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po dniu objęcia ochroną.
4. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest strata finansowa poniesiona przez Ubezpieczonego pierwsza składka z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową należna jest od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po dniu objęcia ochroną poszczególnego Posiadacza karty/ Użytkownika karty.
5. Składka ubezpieczeniowa przestanie być płaconą w miesiącu następującym po miesiącu, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa.
6. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których została opłacona składka należna za miesiąc poprzedzający zajście zdarzenia.

#### Rozdział 11. Obowiązki Ubezpieczonego.

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zwłoki i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. W razie potrzeby, na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Umyślne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

#### Rozdział 12. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

1. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest życie, zdrowie oraz utrata pracy przez Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa w stosunku do Ubezpieczonego:
  - a) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat,
  - b) w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia,
  - c) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania lub z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
  - d) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego.
2. W przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko straty finansowej obejmującej nieuprawnioną operację przy użyciu utraconej karty oraz rabunek środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa:
  - a) w dniu upływu okresu ważności karty,
  - b) w dniu zamknięcia rachunku karty otrzymanej przez Ubezpieczonego w ramach Umowy o kartę zawartej z Ubezpieczającym,
  - c) z chwilą zastrzeżenia karty,
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa w stosunku do każdego Ubezpieczonego:
  - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
  - b) w przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego.
  - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Bank lub Ubezpieczony wypowiedział Umowę o kartę.

#### Rozdział 13. Wyłączenia odpowiedzialności.

1. W przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
  - 1) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
  - 2) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
  - 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
  - 4) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek zdarzenia będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
  - 5) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony,
  - 6) urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
  - 7) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. W przypadku 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 na wniosek Ubezpieczonego,
  - 3) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy,
  - 4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy,
  - 5) utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego pracodawcy z Ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony.
3. W przypadku ubezpieczenia na wypadek nieuprawnionej operacji przy użyciu utraconej karty, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku gdy do nieuprawnionej operacji doszło wskutek użycia karty:
  - 1) przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z Posiadaczem karty lub Użytkownikiem karty;
  - 2) wskutek umyślnego czynu Posiadacza karty lub Użytkownika karty lub czynu dokonanego z jego współudziałem;
  - 3) skradzionej z samochodu;
  - 4) w operacjach z wykorzystaniem karty i numeru PIN;
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona dodatkowo, w przypadku gdy:
  - 1) nieuprawnioną operację zgłoszono później niż 30 dni od daty sporządzenia zestawienia operacji na rachunku karty obejmującej operacje dokonane skradzioną lub zagubioną kartą;
  - 2) operacji dokonano po wygaśnięciu prawa do używania karty zgodnie z Regulaminem karty.
5. W przypadku ubezpieczenia na wypadek rabunku środków pieniężnych wypłaconych z bankomatu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, w przypadku gdy do rabunku środków pieniężnych doszło w następujących okolicznościach:
  - 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;
  - 4) zdarzenia nie mającego znamion rabunku;
  - 5) zdarzenia będącego następstwem winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, osób bliskich lub osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
  - 6) zdarzenia będącego następstwem nieuczciwego lub przestępczego działania Ubezpieczonego, osób bliskich lub osób, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność;
  - 7) numer PIN był zapisany na karcie.

#### Rozdział 14. Przedawnienie roszczeń.

Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

#### Rozdział 15. Postanowienia końcowe.

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa.
2. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
3. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym wyciągu mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy.