



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Rachunki pod kontrolą” dla Klientów Sygma Banque S.A. Oddział w Polsce

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Rachunki pod kontrolą” dla Klientów Sygma Banque S.A. Oddział w Polsce zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego, zwanej dalej „**Umową Ubezpieczenia**”, zawartej pomiędzy Sygma Banque S.A. Oddział w Polsce jako „**Ubezpieczającym**”, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „**Ubezpieczycielem**”. Na mocy niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego, wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej.

§2 DEFINICJE

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Czasowa niezdolność do pracy** – stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie pracy zarobkowej, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 2) **Data utraty stałego źródła dochodu** - dzień rozwiązania lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 3) **Karta kredytowa** – Karta kredytowa wydana przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu na podstawie Umowy o kartę kredytową;
- 4) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna będąca stroną Umowy o kredyt odnawialny lub Umowy o kartę kredytową, występująca jako kredytobiorca główny;
- 5) **Miesiąc ochrony** – okres miesięczny, rozpoczynający się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka przez Ubezpieczającego;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 7) **Organ rentowy** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);
- 8) **Okres oczekiwania** – 60-dniowy okres od daty utraty stałego źródła dochodu lub rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy;
- 9) **Poważne zachorowanie** - jedno ze zdarzeń lub chorób zdefiniowanych w § 7;
- 10) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
- 11) **Stale źródło dochodu** - stosunek służbowy lub w stosunek pracy zawarty na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, bądź określony, jeżeli data zakończenia umowy przypada po upływie 12 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia
- 12) **Suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wynikająca z Umowy Ubezpieczenia;
- 13) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela na warunkach Umowy Ubezpieczenia i niniejszych OWU;
- 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Kredytobiorcą objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 15) **Umowa o kredyt odnawialny** – Umowa kredytu odnawialnego zawarta pomiędzy Ubezpieczającym, a Kredytobiorcą, określająca wysokość przyznanego limitu kredytowego i nieprzewidująca wydania karty płatniczej;
- 16) **Umowa o kartę kredytową** - Umowa o kartę kredytową, której stronami są Ubezpieczający i Kredytobiorca, określająca wysokość przyznanego limitu kredytowego i przewidująca wydanie karty płatniczej;
- 17) **Utrata stałego źródła dochodu** - zakończenie świadczenia pracy w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony bądź określony, jeżeli data zakończenia umowy przypada po upływie 12 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub umowy stosunku służbowego, wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa, w wyniku czego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla osób bezrobotnych

w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;

- 18) Zadłużenie** – suma zobowiązań Kredytobiorcy wobec Ubezpieczającego, wynikająca z tytułu zawartej Umowy o kredyt odnawialny albo Umowy o kartę kredytową,
- 19) Zdarzenie** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wynikająca z Umowy Ubezpieczenia powstałe na skutek nagłego zachorowania lub będące następstwem nieszczęśliwego wypadku; w przypadku ryzyka utraty źródła stałego dochodu przez zdarzenie ubezpieczeniowe rozumie się zdarzenie zgodnie z definicją podaną w pkt. 17).
- 20) Uprawniony** – osoba wskazana w OWU jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek zajścia Zdarzenia.
- 21) Uposażony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które są uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) utrata stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego,
 - 3) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 - 4) powstanie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia polega na:
 - 1) wypłacie Ubezpieczającemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 5 w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem zapisów § 5 pkt 3.
 - 2) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w § 6 w przypadku utraty stałego źródła dochodu,
 - 3) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 7 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 - 4) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w § 8 w przypadku powstania czasowej niezdolności do pracy.

§ 4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kredyt odnawialny lub Umowę o kartę kredytową jako kredytobiorca główny,
 - 2) w dniu przystępowania do Ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia,
 - 3) wyraziła zgodę na:
 - a) objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie wniosku Ubezpieczonego złożonego Ubezpieczającemu za pośrednictwem telefonu lub na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczonego w placówkach sprzedaży Ubezpieczającego,
 - b) obciążanie rachunku Karty kredytowej wartością miesięcznej opłaty ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczającego, na podstawie telefonicznego lub pisemnego zlecenia przekazanego przedstawicielowi Ubezpieczającego.
 - 4) nie jest objęta Ubezpieczeniem na podstawie wcześniej złożonej zgody w tym zakresie.
2. Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że za Ubezpieczonego została opłacona pierwsza Składka przez Ubezpieczającego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony został zgłoszony Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia, w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony może być w tym samym okresie czasu objęty jedynie raz ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia.
4. W przypadku wielokrotnego przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia.
5. Ubezpieczony może odstąpić od Ubezpieczenia w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od dnia obciążenia rachunku Karty kredytowej Ubezpieczonego pierwszą opłatą ubezpieczeniową pobieraną przez Ubezpieczającego za Ubezpieczenie, pod warunkiem wcześniejszego złożenia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego. Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczonego jest skuteczne wobec Ubezpieczyciela z dniem otrzymania oświadczenia przez Ubezpieczającego. W przypadku odstąpienia, Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu Składki do Ubezpieczającego za

danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokonuje zwrotu Ubezpieczonemu pobranej z rachunku Karty kredytowej opłaty ubezpieczeniowej, pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczenia.

6. Po upływie okresu wymienionego w ust. 5 Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając za pośrednictwem Ubezpieczającego pisemne oświadczenie o rezygnacji. Rezygnacja jest skuteczna wobec Ubezpieczyciela z końcem Miesiąca ochrony, za który została zapłacona ostatnia Składka za danego Ubezpieczonego.
7. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy o kredyt odnawialny lub Umowy o kartę kredytową, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu.

§ 5

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu jednorazowe świadczenie, w wysokości 5000 zł.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem, iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zadłużenie Ubezpieczonego według stanu na dzień zajścia zdarzenia. W przypadku, gdy świadczenie przewyższa wysokość powyższej kwoty zadłużenia, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Uposażonym.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
5. Śmierć jednej lub wielu osób z danej grupy skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
7. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osób Uposażonych,
 - 3) kopii odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - 4) kopii dokumentu potwierdzającego wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury potwierdzająca umorzenie śledztwa,
 - 5) opisu lub protokołu z wypadku zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nastąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu Ubezpieczonego.

§ 6

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W przypadku utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w maksymalnej wysokości 500 zł, ale nie więcej niż różnica pomiędzy wysokością uposażenia netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy lub stosunku służbowym, a wysokością przyznanego zasiłku dla osób bezrobotnych. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że Ubezpieczony w chwili zajścia zdarzenia był zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony - bądź określony, jeżeli data zakończenia umowy przypada po upływie 12 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia - lub pozostawał w stosunku służbowym z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia.
3. Pierwsze świadczenie w wysokości jednego świadczenia miesięcznego przysługuje po 60 dniach od daty utraty stałego źródła dochodu pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.

Każde kolejne świadczenie miesięczne należne jest po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.

4. Uprawnionym do świadczenia z tytułu utraty stałego źródła dochodu jest Ubezpieczony.
5. Na rzecz jednego Ubezpieczonego może być wypłacone maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych, o których mowa w ust. 1 w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na utracie stałego źródła dochodu.
6. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) kopii zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych wraz z dokumentami potwierdzającymi pobranie zasiłku dla osób bezrobotnych ze wskazaniem kwoty zasiłku, okresu i liczby dni za jakie zasiłek został pobrany,
 - 3) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia (np.: umowa o pracę),
 - 4) kopii dokumentu określającego tryb rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego (np.: świadectwo pracy lub służby),
 - 5) kopii dokumentu potwierdzającego wynagrodzenie netto z ostatniego miesiąca, w którym Ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy lub stosunku służbowym.
7. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 3, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.
8. Świadczenia miesięczne przestają przysługiwać i nie są wypłacane za kolejne okresy, o których mowa w ust. 3 począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony utracił status bezrobotnego lub prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych nabyte po utracie stałego źródła dochodu.

§ 7

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z poważnych zachorowań wymienionych w ust. 2, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 10 000 zł. Świadczenie to przysługuje, w przypadku, gdy Ubezpieczony w chwili zajścia takiego zdarzenia nie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę bądź nie pozostawał w stosunku służbowym.
2. W ramach umowy ubezpieczenia Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu wystąpienia następujących poważnych zachorowań:
 - 1) **zawał serca** - pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego, jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie 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),
 - 2) **udar mózgu** - nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno-mózgowy 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 metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
 - 3) **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
 - 4) **nowotwór złośliwy (rak)** - nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym 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, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 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 z 2002 r.; nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnkomórkowy rak skóry
 - 5) i kolczystokomórkowy rak skóry; wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - 6) **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 wszczepienie 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,

- 7) **przeszczep narządu** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, lub
 - b) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (na przykład: przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) kopii dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaniem poważnym zachorowaniem,
5. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania jest Ubezpieczony.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony w chwili zajścia takiego zdarzenia:
 - 1) był zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, jeżeli jej zakończenie przypada przed upływem 12 miesięcy od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub
 - 2) prowadził własną działalność gospodarczą.
2. Z tytułu powstania czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w maksymalnej wysokości 500 zł z zastrzeżeniem, iż w przypadku osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1) świadczenie to nie może być wyższe niż różnica pomiędzy wysokością uposażenia netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy, a wysokością przyznanego zasiłku chorobowego.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przyjęcia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest Ubezpieczony.
5. Pierwsze świadczenie w wysokości świadczenia miesięcznego przysługuje po upływie 60 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
6. Każde kolejne świadczenie miesięczne wypłacane jest Ubezpieczonemu po upływie 30 dni nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy.
7. Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego może być wypłacone maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń, o których mowa w ust. 1.
8. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela dokumentów, do których należą w szczególności:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia ze wskazaniem sposobu spełnienia świadczenia (na przykład: przekaz pocztowy, przelew),
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w oparciu o umowę o pracę zawartą na czas określony, bądź zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,
 - 3) dokumentu potwierdzającego wynagrodzenie netto z miesiąca, w którym Ubezpieczony stał się czasowo niezdolny do pracy – dotyczy osób nie prowadzących działalności gospodarczej,
 - 4) kopii dokumentacji medycznej związanej z czasową niezdolnością do pracy,
 - 5) kopii dokumentu umożliwiającego ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania czasowej niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
 - 6) kopia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA),
 - 7) kopia zaświadczenie potwierdzającego kwotę przyznanego zasiłku chorobowego.

§ 9

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w sposób wskazany w niniejszych OWU.
 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
 3. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Ubezpieczyciel powiadamia pisemnie osoby uprawnione do świadczenia o odmowie przyznania świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w poprzednich ustępach. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 4. W przypadku poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, przed specjalnie powołaną przez Ubezpieczyciela komisję lekarską.
 5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia, jeżeli komisja lekarska nie potwierdzi zasadności roszczenia z tytułu poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
 6. Koszt badań, o których mowa w ust. 4 ponosi Ubezpieczyciel.
-

§ 10

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiły wskutek:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 5) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 8) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 9) zastosowania niestandardowych praktyk medycznych,
 - 10) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich lub nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu utraty stałego źródła dochodu jest wyłączona, gdy:
 - 1) Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie lub nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, w okresie 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) Utrata stałego źródła dochodu nastąpiła:
 - a) w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy;
 - b) w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy;
 - c) w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy,
 - d) wygaśnięciem umowy o pracę zawartej na czas określony,
 - e) w związku z rozwiązaniem umowy o pracę lub umowy stosunku służbowego z winy osoby pozostającej w zależności służbowej.

3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, gdy poważne zachorowanie nastąpiło w wyniku:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynika ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) próby samobójstwa,
 - 4) następstw i konsekwencji choroby rozpoznanej i leczonej przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania,
 - 5) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 6) wykonywania w odniesieniu do Ubezpieczonego standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 7) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 8) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich,
 - 9) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów do których należą w szczególności: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 12) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 13) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV.
4. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) próby samobójstwa, które miały miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 5) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 6) chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 9) choroby rozpoznanej przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia,
 - 10) następstw wypadków zaistniałych przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia,
 - 11) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 12) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 13) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich lub nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej,
 - 14) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV.

§ 11

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający zapytał przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia objętego Umową Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej określonej w Umowie Ubezpieczenia.

§ 12
WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia - z końcem Miesiąca ochrony, następującego po Miesiącu ochrony, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) wypowiedzenia Umowy o kredyt odnawialny lub Umowy o kartę kredytową - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka,
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka, po wcześniejszym zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu rezygnacji
 - 5) z Ubezpieczenia,
 - 6) odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia - z dniem złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oświadczenia o odstąpieniu od Ubezpieczenia,
 - 7) wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ukończeniem przez Ubezpieczonego 65 roku życia – z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
-

§ 13
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski Ubezpieczyciela oraz Ubezpieczającego dotyczące Umowy Ubezpieczenia powinny być przekazywane w formie pisemnej na podany poniżej adres, chyba że odnośna strona wskazała inny adres:

do Ubezpieczyciela:

Cardif ARD S.A. Oddział w Polsce
Skrytka pocztowa 105
85-950 Bydgoszcz

do Ubezpieczającego:

Sygma Banque S.A. Oddział w Polsce
ul. Suwak 3,
02-676 Warszawa

2. Wszelkie wnioski, w szczególności o rozpatrzenie roszczenia Ubezpieczony powinien kierować na adres Ubezpieczyciela, wskazany w ust.1.
3. Wszelkie wnioski, oświadczenia, w szczególności rezygnacje, zmiany, Ubezpieczony powinien kierować na adres **Ubezpieczającego**, wskazany w ust.1.
4. Korespondencja adresowana do Ubezpieczonego będzie wysyłana na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres.
5. 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 lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony, jak i Ubezpieczający, niezadowolony z decyzji Ubezpieczyciela jest uprawniony do wniesienia odwołania do Dyrekcji Ubezpieczyciela po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o decyzji Ubezpieczyciela. Powyższe uprawnienia są prawami, a nie obowiązkami Ubezpieczonego i Ubezpieczającego. Dyrekcja Ubezpieczyciela odpowie pisemnie na odwołanie strony w terminie 14 dni od daty jego otrzymania. Ubezpieczony, który nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela jest uprawniony do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub pozwu do sądu powszechnego.
7. Na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia zwolnione są z podatku dochodowego od osób fizycznych.
8. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyrekcję CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 23 listopada 2009 roku, wchodzi w życie z tym dniem.

Dyrektor Oddziału


Jan Emeryk Rościszewski

Zastępca Dyrektora Oddziału


Leszek Skop