

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Użyte w niniejszym Wyciągu określenia oznaczają:
 - 1) ubezpieczyciel – w przypadku ryzyka zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz czasowej niezdolności do pracy - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., a w przypadku ryzyka utraty pracy, nielegalnego użycia karty kredytowej oraz ryzyka kradzieży lub całkowitego zniszczenia zakupów dokonanych przy użyciu karty - Cardif Assurances Risques Divers Spółka Akcyjna Oddział w Polsce,
 - 2) ubezpieczający – Lukas Bank S.A., z siedzibą we Wrocławiu, ul. Orłąt Lwowskich 1,
 - 3) ubezpieczony - osoba, której ubezpieczający wydał kartę - posiadacz karty głównej,
 - 4) uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego,
 - 5) uprawniony – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
 - 6) karta – karta kredytowa wydana ubezpieczonemu przez ubezpieczającego jako karta VISA Carrefour,
 - 7) rachunek karty – prowadzony przez ubezpieczającego rachunek ubezpieczonego, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu karty,
 - 8) śmierć - zgon ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 1 niniejszego Wyciągu,
 - 9) całkowita niezdolność do pracy – w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych jest to stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy orzecznym na okres co najmniej 5 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy; w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy jest to stan niesprawności powodzący konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potwierdzony orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzecznym na okres co najmniej 2 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności,
 - 10) czasowa niezdolność do pracy – niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 1 niniejszego Wyciągu,
 - 11) 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 10 ust. 1 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 w 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, chorobę 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 wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
 - 12) utrata pracy – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony z ubezpieczonym, w wyniku którego ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 2 niniejszego Wyciągu,
 - 13) data utraty pracy – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
 - 14) nielegalne użycie karty – zdarzenie objęte ubezpieczeniem polegające na dokonaniu przez osobę inną niż ubezpieczony na terenie Polski płatności kartą w kwocie łącznej powyżej 200 zł, bez zgody ubezpieczonego, w okresie obejmującym dzień, w którym ubezpieczony zawiadomił ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty oraz dzień poprzedzający, z zastrzeżeniem, że kradzież karty została zgłoszona odpowiednim organom ścigania najpóźniej 48 godzin po zawiadomieniu ubezpieczającego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 3 niniejszego Wyciągu,
 - 15) zakupy – rzeczy ruchome („rzeczy” lub „przedmioty”) zakupione przez ubezpieczonego na terenie Polski przy użyciu karty,
 - 16) utrata zakupów – zdarzenie mające miejsce na terenie Polski objęte ubezpieczeniem, polegające na kradzieży lub całkowitym zniszczeniu przedmiotów zakupionych przy użyciu karty, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 4 niniejszego Wyciągu,
 - 17) kradzież zakupów – zdarzenie mające miejsce na terenie Polski polegające na zaborze w celu przywłaszczenia rzeczy ruchomej zakupionej przy użyciu karty, w ciągu 30 dni od daty zakupu, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach Rozdziału 10 ust. 4 niniejszego Wyciągu,
 - 18) całkowite zniszczenie – zdarzenie mające miejsce na terenie Polski polegające na uszkodzeniu przedmiotu zakupionego przy użyciu karty, w ciągu 30 dni od daty zakupu, w takim zakresie, że koszty naprawy przekraczają 85% ceny jaką ubezpieczony zapłacił za dany przedmiot,
 - 19) wiek – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem, a datą urodzenia kredytobiorcy,
 - 20) nieszczyśliwy wypadek – nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego,
 - 21) okres rozliczeniowy – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc), kończący się w dniu, w którym sporządzany jest wyciąg z rachunku kredytowego, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy limitu, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania wyciągu,
 - 22) posiadacz Rachunku – osoba fizyczna, która podpisała z Bankiem umowę o kartę, będąca jednocześnie Posiadaczem rachunku kredytowego, tzn. podpisała z Bankiem umowę o limit,
 - 23) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną – oświadczenie woli posiadacza karty, mocą którego wyraża on odpowiednio zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową lub rezygnację z ubezpieczenia złożone pisemnie lub ustnie za pośrednictwem LUKASInii, internetem za pośrednictwem LUKAS e-Bank lub każdego innego akceptowanego przez ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji).

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego, ryzyko utraty pracy świadczonej na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego, ryzyko nielegalnego użycia karty kredytowej na terenie Polski oraz ryzyko utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty wydanej ubezpieczonemu przez ubezpieczającego.
2. W zależności od opcji ubezpieczenia ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie:
 - PAKIET „ŻYCIE” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdolności do pracy,
 - PAKIET „UBEZPIECZNE ZAKUPY” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty,

- PAKIET „PEŁNA OCHRONA PLUS” - zgonu ubezpieczonego lub jego całkowitej niezdolności do pracy, nielegalnego użycia karty oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty a także w razie utraty pracy (w przypadku posiadaczy karty, którzy świadczą pracę na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony) albo czasowej niezdolności do pracy (w przypadku posiadaczy karty, którzy świadczą pracę na podstawie innego tytułu niż umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony), albo poważnego zachorowania (w przypadku posiadaczy kart, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury, renty lub z innych źródeł, niewymienionych w przypadku ubezpieczenia na wypadek utraty pracy oraz czasowej niezdolności do pracy).
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego Wyciągu, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 5.

Rozdział 3. Objęcie kredytobiorców ochroną ubezpieczeniową.

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca posiadaczem karty kredytowej, w stosunku, do której suma wieku w dniu objęcia ubezpieczeniem i okresu ważności karty nie przekracza 71 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1, jest:
 - 1) podpisanie z ubezpieczającym umowy o wydanie karty,
 - 2) wyrażenie przez tę osobę zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną.

Rozdział 4. Początek odpowiedzialności ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3 z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub całkowitej niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia na wypadek nielegalnego użycia karty kredytowej i utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty;
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub utraty pracy.

Rozdział 5. Suma ubezpieczenia - wysokości świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ubezpieczenia równa jest kwocie całkowitego zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, to jest sumie:
 - a) wszystkich należnych ubezpieczającemu w tym dniu odsetek, opłat i prowizji związanych z prowadzeniem rachunku karty,
 - b) kwoty wykorzystanego limitu kredytowego na rachunku karty, nie wyższej jednak niż kwota limitu kredytowego przewidzianego przez ubezpieczającego.
2. W przypadku zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 2, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w ust. 1 niniejszego Rozdziału.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ubezpieczenia równa jest wysokości zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, nie więcej jednak niż średnia wysokość zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym suma ubezpieczenia jest określana.
4. W razie uznania ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 2, sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
5. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ubezpieczenia równa jest wysokości zadłużenia na rachunku karty w tym dniu, nie więcej jednak niż średnia wysokość zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym suma ubezpieczenia jest określana.
6. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 2. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
7. W przypadku czasowej niezdolności do pracy świadczenie miesięczne ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 2, kwocie minimalnej spłaty zadłużenia na rachunku karty, jaka przypada do zapłaty po 90 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy.
8. Przysługujące świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 7, wypłacane są przez ubezpieczyciela w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty.
9. Łączna liczba świadczeń ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 7, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego.
10. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 7, 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 z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) dnia, w którym ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
11. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 7, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
12. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 7, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 90 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.
13. W przypadku utraty pracy przez ubezpieczonego świadczenie miesięczne ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 2, kwocie minimalnej wymaganej spłaty z tytułu zadłużenia na rachunku karty, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej utraty pracy.
14. Łączna liczba świadczeń ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 13, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (utrąty pracy) w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego.
15. Przysługujące świadczenie miesięczne wypłacane jest przez ubezpieczyciela w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty przypadających do zapłaty po 90 dniach od daty utraty pracy.
16. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 13, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.
17. W przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej podstawą ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania jest dowód transakcji dokonanych przy nielegalnym użyciu karty. Maksymalna kwota odszkodowania wypłacanego przez ubezpieczyciela w ciągu 12 miesięcy równa jest limitowi zadłużenia ustalonego przez ubezpieczającego dla danej karty, nie więcej jednak niż 10 000 zł. Z kwoty odszkodowania potrąca się 10 %, jako udział własny ubezpieczonego w szkodzię.
18. Jeżeli, w przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej, ubezpieczony wystąpił równocześnie z roszczeniem do ubezpieczyciela oraz z reklamacją do ubezpieczającego dotyczącą tych samych transakcji, kwoty uznane przez ubezpieczającego będą potrącone z kwoty odszkodowania. W przypadku uznania reklamacji przez ubezpieczającego po wypłacie odszkodowania przez ubezpieczyciela część odszkodowania równa wartości uznanych reklamacji podlega zwrotowi na rzecz ubezpieczyciela.
19. W przypadku utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty kredytowej podstawą ustalenia przez ubezpieczyciela wysokości odszkodowania są dokumenty potwierdzające zapłatę przy użyciu karty za utracone przedmioty, wyszczególniające wartości utraconych przedmiotów. Maksymalna kwota

WYCIĄG ZE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH VISA CARREFOUR

- odszkodowania wypłacanego przez ubezpieczyciela w ciągu 12 miesięcy równa jest limitowi zadłużenia ustalonego przez ubezpieczającego dla danej karty, nie więcej niż 6000 zł.
20. Wypłata przez ubezpieczyciela odszkodowania, o którym mowa w ust. 19, polega na zwrocie kwoty równej cenie zakupionego przedmiotu, potwierdzonej dowodem zakupu, nie więcej jednak niż 2000 zł, z zastrzeżeniem, że z kwoty odszkodowania potrąca się 10 %, jako udział własny ubezpieczonego w szkodzie.
21. W przypadku nielegalnego użycia karty kredytowej oraz utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty, z tytułu zbiegu odszkodowań z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, odszkodowanie wypłaca się do wysokości szkody w granicach sum ubezpieczenia w ramach każdego ze stosunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych z innego stosunku ubezpieczenia.
22. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Rozdział 6. Składki.

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony poprzedzający zdarzenie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

Rozdział 7. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia osoba uprawniona do odbioru świadczenia zobowiązana jest zgłosić do ubezpieczyciela:
- w przypadku zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy oraz utraty pracy – niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem;
 - w przypadku nielegalnego użycia karty lub utraty zakupów dokonanych przy użyciu karty - najpóźniej 15 dni od daty wysłania przez ubezpieczającego wyciągu z operacji na rachunku karty, który obejmuje transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty lub świadczy o zapłaceniu karty za utracone przedmioty.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia, zależnie od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
- w przypadku śmierci:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia),
 - w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych - orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy, określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej 5 lat;
- w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczone na okres co najmniej 2 lat, wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności;
 - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia),
 - w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy oraz, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - informacja pracodawcy (wysłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - informacja o źródle uzyskiwania dochodów w dniu zdarzenia (np. zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony),
 - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia).
 - w przypadku poważnego zachorowania:
 - zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
 - informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
 - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania),
- 5) w przypadku utraty pracy:
- zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - dokument potwierdzający wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę (np. kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kopia świadectwa pracy),
 - dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony,
 - zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
 - każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych,
 - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną, informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia).
- 6) w przypadku nielegalnego użycia karty:
- potwierdzenie zawiadomienia ubezpieczającego o fakcie zagubienia lub kradzieży karty,
 - potwierdzenie dokonania zgłoszenia kradzieży karty organom ścigania najpóźniej 48 godzin po zawiadomieniu ubezpieczającego,
 - wyciąg z rachunku karty z potwierdzonym przez ubezpieczającego pisemnym wyszczególnieniem transakcji dokonanych przy nielegalnym użyciu karty,
 - zależnie od indywidualnego charakteru zdarzenia - inne dokumenty poświadczające nielegalne użycie karty (wymagane przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania).
- 7) w przypadku utraty zakupów:
- dokładny opis okoliczności kradzieży lub całkowitego zniszczenia zakupionego przedmiotu,
 - wyciąg z rachunku karty świadczący o zapłaceniu za utracone przedmioty przy użyciu karty,
 - dowód zapłaty za utracone przedmioty (faktura, paragon lub rachunek),
 - w przypadku kradzieży - kopia protokołu ze zgłoszenia kradzieży zakupów organom ścigania

- dokonanego najpóźniej 48 godzin po zajściu zdarzenia, wraz z protokołem zeznań świadka kradzieży złożonych organom ścigania,
- w przypadku całkowitego zniszczenia – oświadczenie zawierające szczegółowy opis stopnia zniszczenia oraz kosztorys naprawy przedmiotu zakupionego przy użyciu karty, wystawiony przez autoryzowany serwis,
 - zależnie od indywidualnego charakteru zdarzenia - inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela w celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
5. Jeżeli wypłata świadczeń nastąpiła wskutek wydarzenia, które wynika pośrednio lub bezpośrednio z oszustwa, lekkomyślności lub zaniedbania ubezpieczonego, wszystkie wypłacone wcześniej świadczenia powinny być zwrócone do Cardif.

Rozdział 8. Obowiązki ubezpieczonego.

- 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, udzielenie ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
- Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
- Udzielenie przez ubezpieczonego odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 9. Wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

- Opowiedzialność ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - w dniu zamknięcia rachunku karty otrzymanej przez ubezpieczonego w ramach umowy o wydanie karty zawartej z ubezpieczającym,
 - w dniu, w którym ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego w terminie,
 - w dniu śmierci ubezpieczonego, wystąpienia u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
 - w odniesieniu do całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - w dniu wygaśnięcia ważności karty, z wyłączeniem przypadku zastrzeżenia karty lub jej wznowienia,
 - w dniu unieważnienia karty przez Bank,
 - w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło złożenie przez ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.

Rozdział 10. Wyłączenia odpowiedzialności.

- W przypadku zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - działaniem ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - 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,
 - zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym itp.),
 - uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybowictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - zakazaniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.
- W przypadku utraty pracy odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
 - utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
 - utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy,
 - utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy pracodawcy z ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas określony.
- W przypadku nielegalnego użycia karty odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli:
 - karta została użyta przez współmałżonka lub inne osoby spokrewnione z ubezpieczonym,
 - karta została użyta wskutek umyślnego czynu ubezpieczonego lub czynu dokonanego z jego współudziałem,
 - karta została użyta w transakcjach z wykorzystaniem kodu PIN,
 - nielegalne użycie karty zgłoszono później niż 45 dni od daty wysłania przez ubezpieczającego wyciągu z rachunku karty ubezpieczonego obejmującego transakcje dokonane przy nielegalnym użyciu karty.
- W przypadku utraty zakupów odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy szkoda powstała w wyniku:
 - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub osoby, za którą ponosi odpowiedzialność lub, z którą prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,
 - kradzieży zakupionych przedmiotów z pojazdu lub kradzieży pojazdu, jeżeli zakupione przedmioty znajdowały się w skradzionym pojeździe,
 - normalnego zużycia zakupionego przedmiotu,
 - wad fizycznych zakupionego przedmiotu lub innych uszkodzeń wynikających z winy producenta lub uszkodzeń przedmiotu przez osoby instalujące przedmiot / urządzenie,
 - nieprawidłowego użycia zakupionego przedmiotu,
 - zniszczenia powstałego podczas dostawy, jeżeli przedmiot był dostarczany przez osobę inną niż ubezpieczony,
 - uszkodzeń gruntu lub budynków,
 - uszkodzeń wynikających z zakupu usług,
 - uszkodzeń powstałych wskutek wojny (w tym wojny domowej), zamieszek, aktów terroryzmu, rozruchów, powstań, rewolucji,
 - uszkodzeń powstałych wskutek działania siły wyższej,
 - uszkodzeń spowodowanych skażeniem lub promieniowaniem radioaktywnym,
 - przyczyn nieokreślonych lub zagubienia przedmiotu.
- W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty zakupów ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

WYCIĄG ZE SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH VISA CARREFOUR

- 1) przedmioty objęte gwarancją, rękojmią lub innym ubezpieczeniem jeżeli ich zakres obejmuje ryzyka objęte ubezpieczeniem w ramach niniejszego Wyciągu,
 - 2) pojazdy mechaniczne, akcesoria samochodowe, rośliny, zwierzęta, artykuły spożywcze, używki, gotówka (w walucie polskiej lub obcej), biżuteria, klejnoty, czeki, bilety (kolejowe, lotnicze) oraz inne dokumenty i papiery wartościowe,
 - 3) przedmioty nabyte nielegalnie,
 - 4) przedmioty zagubione,
 - 5) przedmioty zakupione z przeznaczeniem na cele handlowe,
 - 6) przedmioty zakupione jako używane,
 - 7) przedmioty, których wartość jednostkowa jest niższa niż 200 zł.
6. W przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w wyniku zajścia zdarzenia określonego w ust. 4, ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu kwoty wypłaconego odszkodowania.

7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za roszczenia zgłoszone z tytułu utraty zakupów po upływie 45 dni od daty zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Rozdział 11. Postanowienia końcowe.

1. Roszczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. 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.
3. Wszelkie spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla 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.