THE FUTURE IS YOU

SOCIETE GENERALE Insurance

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA BEZPIECZNE RATY

OWU/POSMEX/15/12/2022

DO KREDYTU RATALNEGO

obowiązujące od 15.12.2022 roku

INFORMACJA NA PODSTAWIE ARTYKUŁU 17 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

RODZAJ INFORMACJI	NUMER WŁAŚCIWEGO POSTANOWIENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DO KREDYTU RATALNEGO
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Art. 3, Art. 13, Art. 14, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18, Art. 19, Art. 20, Art. 21, Art. 22, z zastosowaniem definicji zawartych w art. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 3, Art. 11, Art. 12, Art. 13, Art. 14, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18, Art. 19, Art. 20, Art. 21, Art. 22, z zastosowaniem definicji zawartych w art. 2

Art.1 Wprowadzenie

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia do Kredytu Ratalnego Bezpieczne Raty (dalej „OWU") znajdują zastosowanie do indywidualnych Umów Ubezpieczenia zawieranych przez Ubezpieczyciela oraz Ubezpieczającego i stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Art.2 Definicje

Poniższe wyrażenia rozpoczynające się wielką literą, użyte w niniejszych OWU oraz we wszelkich innych dokumentach i oświadczeniach, w tym we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz Polisie, oraz w związku z udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej, mają następujące znaczenie:

Agent Ubezpieczeniowy: przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem na Życie oraz Ubezpieczycielem Majątkowym w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru pośredników ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego. Agentem Ubezpieczeniowym jest:

a) Bank: Bank Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Stanisława Żaryna 2A, 02-593 Warszawa, który zawarł z Kredytobiorcą Umowę Kredytu Ratalnego- w zakresie udzielania pomocy Ubezpieczycielowi w administrowaniu Umowami Ubezpieczenia,
b) spółki wchodzące w skład grupy Media Expert - w zakresie proponowania lub wykonywania innych czynności przygotowawczych zmierzających do zawarcia Umów Ubezpieczenia oraz zawierania Umów Ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczyciela.

Akt Terroru: akt polegający na użyciu siły lub przemocy przez pojedynczą osobę lub grupę osób działających samodzielnie, w imieniu jakiejkolwiek organizacji lub rządu bądź w porozumieniu z taką organizacją lub rządem, popełniony z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych albo podobnych, z zamiarem wywarcia wpływu na rząd lub zastraszenia społeczeństwa albo jego części.

Assistance Medyczny: świadczenie ubezpieczeniowe w wariancie Rodzina, realizowane w sytuacji Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania oraz Wypadku Zwierzęcia Domowego.

Choroba: jakikolwiek stan patologiczny lub stan zaburzonego funkcjonowania organów ciała, powstały z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek, który został zdiagnozowany u Ubezpieczonego w placówce medycznej i potwierdzony stosownym zaświadczeniem lekarskim.

Członkowie Rodziny: Ubezpieczony, współmałżonek lub Partner Ubezpieczającego, Dziecko, matka, ojciec Ubezpieczającego.

Dziecko: dziecko własne Ubezpieczającego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczającego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), w wieku do 18 roku życia.

Dzień Roboczy: każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w odniesieniu do:

Śmierci – dzień śmierci Ubezpieczonego,
Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku - dzień śmierci Ubezpieczonego,
Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku – dzień powstania Całkowitej Niezdolności do Pracy lub Znacznego Stopnia Niepełnosprawności, określony przez eksperta medycznego Ubezpieczyciela na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy – pierwszy dzień niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wskazany w Zwolnieniu Lekarskim, które zostało wydane jako pierwsze w Okresie Ubezpieczenia,
Poważnego Zachorowania – data pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub data operacji,
Utraty Pracy – dzień, w którym właściwy urząd pracy zarejestrował Ubezpieczonego w rejestrze bezrobotnych ze statusem osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku,
Pobytu w Szpitalu – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu,
Assistance Medycznego – dzień wystąpienia zdarzenia w postaci Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania oraz dzień Wypadku Zwierzęcia Domowego, które uprawnia do skorzystania ze świadczenia assistance.

Hospitalizacja: pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członków Rodziny trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny, uprawniający do skorzystania ze świadczeń Assistance.

Kredytobiorca: osoba fizyczna, która - w przypadku finansowania zakupu towaru w Media Expert - zawiera z Bankiem Umowę Kredytu Ratalnego i poszukuje ochrony ubezpieczeniowej.

Kwota Zadłużenia: kwota obliczona jako suma:

- pozostałej do spłaty kwoty Kredytu Ratalnego w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- odsetek według stawki określonej w Umowie Kredytu Ratalnego, obliczonych na podstawie pozostałej kwoty Kredytu Ratalnego w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego za okres od Dnia Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do dnia wydania decyzji o uznaniu roszczenia, jednak nieprzekraczający 120 dni;
- odsetek za zwłokę według stawki określonej w Umowie Kredytu Ratalnego obliczanych na podstawie pozostałej kwoty Kredytu Ratalnego w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego za okres do dnia wydania decyzji o uznaniu roszczenia, jednak nieprzekraczający 120 dni;
- opłat i prowizji określonych w taryfie Banku naliczonych w okresie od Dnia Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do dnia wydania decyzji o uznaniu roszczenia, jednak nieprzekraczający 120 dni.

Lekarz Prowadzący Leczenie: lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego lub Członków Rodziny na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Lekarz Pierwszego Kontaktu: lekarz internista lub lekarz specjalista medycyny rodzinnej.

Miejsce Zamieszkania: adres na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod którym Ubezpieczający przebywa, wskazany we Wniosku Ubezpieczeniowym.

Nagłe Zachorowanie: powstały nagle stan chorobowy, niezwiązany z wcześniejszymi chorobami, który zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego i wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.

Nieszczęśliwy Wypadek: nieprzewidywalne i nagłe zdarzenie, spowodowane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w stosunku do Ubezpieczonego w indywidualnym okresie ubezpieczenia, skutkujące obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego, bez względu na wcześniejszy stan zdrowia Ubezpieczonego. Obrażenia ciała nie mogą być wynikiem umyślnego działania Ubezpieczonego, którego celem było wywołanie Nieszczęśliwego Wypadku i muszą skutkować zaistnieniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Okres Karencji: okres, w którym Ubezpieczyciel nie zapewnia ochrony ubezpieczeniowej:

a) w zakresie **Poważnego Zachorowania**, które zostałoby zakwalifikowane jako Zdarzenie Ubezpieczeniowe, jeżeli zaszłoby w Okresie Ubezpieczenia. Okres Karencji rozpoczyna bieg w dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i trwa 90 dni.
b) w zakresie **Utraty Pracy,** które zostałoby zakwalifikowane jako Zdarzenie Ubezpieczeniowe, jeżeli zaszłoby w Okresie Ubezpieczenia. Okres Karencji rozpoczyna bieg w dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i trwa 60 dni.

Kwota Składki Ubezpieczeniowej uwzględnia Okres Karencji.

Okres Ponownej Kwalifikacji: okres 12 miesięcy, jaki musi upłynąć pomiędzy dwoma Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, aby Ubezpieczony był uprawniony do otrzymania świadczenia za późniejsze z tych dwóch Zdarzeń Ubezpieczeniowych. Okres ten liczy się począwszy od 30. dnia po dniu zapłaty ostatniej raty Kredytu Ratalnego, należnej jako świadczenie wskutek wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej uwzględnia Okres Ponownej Kwalifikacji.

Okres Ubezpieczenia: okres rozpoczynający się w dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i kończący się w dniu całkowitej spłaty Kredytu Ratalnego przez Ubezpieczającego, chyba że ochrona ubezpieczeniowa zostanie przerwana wcześniej, zgodnie z art. 7 i 8 OWU.

Placówka Medyczna: działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Za Placówkę medyczną w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów

Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.

Partner: osoba prowadząca z Ubezpieczającym wspólne gospodarstwo domowe w Miejscu Zamieszkania nie będąca z nim w związku małżeńskim, a także z nim niespokrewniona.

Pobyt w Szpitalu: w wariancie Rodzina pobyt Ubezpieczonego oraz Członków Rodziny w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przez okres trwający jednorazowo nieprzerwanie minimum 3 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze Szpitala.

Polisa: dokument wystawiany przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

Poważne Zachorowanie: wystąpienie choroby lub chorób wskazanych i zdefiniowanych w podpunktach a), b), c), d), e) oraz f) lub poddanie się operacjom wskazanym i zdefiniowanym w podpunktach g), h) oraz i), z zastrzeżeniem, że choroba lub choroby zdefiniowane w podpunktach a), b), c), d), e) oraz f,) a także choroba lub choroby będące przyczyną wykonywania operacji, wskazanych w podpunktach g), h) oraz i) wystąpią po raz pierwszy w Okresie Ubezpieczenia, pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez co najmniej 30 dni po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, czyli od daty pierwszego zdiagnozowania choroby lub chorób bądź od dnia operacji:

a) nowotwór złośliwy – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczących zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem chirurgicznego badania histopatologicznego. Należy przyjąć, że dniem otrzymania ostatecznego wyniku chirurgicznego badania histopatologicznego potwierdzającego wyraźnie nowotworowy charakter choroby będzie Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Następujące choroby są wyłączone z zakresu ochrony ubezpieczeniowej: nowotwory "in situ", nowotwory współistniejące z zakażeniem HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w fazie inwazyjnej, czyli w stadium wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM, nie będzie wyłączony), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszej fazie, chłoniaki w pierwszej fazie;
b) zawał mięśnia sercowego – wykrycie zwiększonego stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z objawami klinicznymi niedokrwienia mięśnia sercowego i zmianami w elektrokardiogramie EKG, wskazującymi na nowe niedokrwienie lub nowe zaburzenie ruchomości ścian serca w badaniach obrazowych. Ubezpieczenie nie będzie obejmowało przypadków, które nie wymagają pilnej hospitalizacji, tzw. niemego zawału serca;
c) udar mózgu – uszkodzenie mózgu w wyniku ogniskowego niedokrwienia, ostrego krwawienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej spowodowanego przez materiał pochodzący z układu naczyniowego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy w następstwie pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Ubezpieczenie nie obejmuje następujących chorób: udar mózgu, który nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji, zator tłuszczowy, zator powietrzny, następstwa choroby kesonowej, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przemijające napady niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, które nie powodują trwałego ubytku w funkcji ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w badaniu metodą tomografii komputerowej mózgu lub rezonansu magnetycznego (NMR);
d) niewydolność nerek – mocznica, spowodowana przewlekłą niewydolnością nerek, wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej trzech miesięcy lub wystąpienie pełnych wskazań medycznych do przeszczepienia nerki. Rozpoznanie powinno zostać wyraźnie potwierdzone w dokumentacji medycznej;
e) całkowite uszkodzenie wzroku – całkowite, nieodwracalne, niemożliwe do naprawienia i obustronne uszkodzenie wzroku (VO = 0, bez poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), w wyniku choroby lub urazu. Trwałe uszkodzenie wzroku powinno zostać zweryfikowane przez specjalistę po upływie sześciu miesięcy, od jego wystąpienia;
f) stwardnienie rozsiane z trwałym uszkodzeniem neurologicznym – pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
potwierdzenie rozpoznania przez lekarza neurologa;
obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza neurologa);
obecność charakterystycznego obrazu w NMR, to jest: potwierdzenie istnienia co najmniej czterech ognisk demielinizacji (wynik potwierdzony przez lekarza neurologa);
operacje kardiochirurgiczne – operacje serca wykonywane w celu leczenia dławicy piersiowej poprzez wszczepienie bypassów tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Przeprowadzenie operacji powinno być wyraźnie stwierdzone w dokumentacji medycznej;

operacje kardiochirurgiczne na otwartym sercu – operacje kardiochirurgiczne z powodu Choroby Przewlekłej, choroby nabytej komory lub komór serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie wszczepienie sztucznych komór serca, wykonane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Przeprowadzenie operacji powinno być wyraźnie stwierdzone w dokumentacji medycznej.

transplantacja – wszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów: serca (wyłącznie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji samych komórek wysp trzustkowych, płuc i szpiku kostnego). Transplantacja sztucznych narządów jest wyłączona z ochrony ubezpieczeniowej, dotyczy to także narządów uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów innych niż ludzkie. Przeprowadzenie operacji powinno być wyraźnie stwierdzone w dokumentacji medycznej.

Siła Wyższa: zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia wykonanie świadczenia lub które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela.

Sprzęt Rehabilitacyjny: następujący sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący, mostek, pas przepuklinowy.

Szpital: placówka opieki zdrowotnej działająca na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, której zadaniem jest udzielanie całodobowej opieki w zakresie leczenia i diagnostyki w stałych pomieszczeniach, odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny. Za Szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA;

Suma Ubezpieczenia: kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określona dla każdego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Śmierć: śmierć Ubezpieczonego wskutek Choroby, Nieszczęśliwego Wypadku lub z przyczyn naturalnych.

Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku: śmierć Ubezpieczonego spowodowana wyłącznie przez Nieszczęśliwy Wypadek zaistniały w Okresie Ubezpieczenia, która nastąpiła nie później niż 12 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

Trwała i Całkowita Niepełnosprawność w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku:

a) w przypadku Ubezpieczonych, którzy na dzień Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie posiadają stwierdzonego prawa do emerytury na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach – rozumiana, jako **Całkowita Niezdolność do Pracy w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku**, to jest utrata przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu na okres równy lub dłuższy niż 5 lat na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.
b) w przypadku Ubezpieczonych, którzy na dzień Zdarzenia Ubezpieczeniowego posiadają stwierdzone prawo do emerytury na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach – rozumiana, jako **Znaczny Stopień Niepełnosprawności**, to jest stopień niepełnosprawności stwierdzony na stałe lub na czas określony równy lub dłuższy niż 5 lat w stosunku do Ubezpieczonego z trwale naruszoną sprawnością organizmu i wymagającego w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji, na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.

Tymczasowa i Całkowita Niezdolność do Pracy: tymczasowa i całkowita utrata możliwości lub ograniczenie możliwości Ubezpieczonego do wykonywania zarejestrowanej przez siebie działalności gospodarczej lub działalności wykonywanej na

podstawie umowy cywilnoprawnej, wynikająca bezpośrednio z Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, która zaistniała w Okresie Ubezpieczenia i trwa przez co najmniej 60 dni, co zostało potwierdzone Zwolnieniem Lekarskim. Świadczenia wypłacane w związku z Tymczasową i Całkowitą Niezdolnością do Pracy wypłacane są za okres od pierwszego dnia jej zaistnienia. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy udzielana jest wyłącznie w stosunku do Kredytobiorców, którzy w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia i w chwili wystąpienia Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, prowadzą jednoosobową działalność gospodarczą lub uzyskują dochód z umów cywilnoprawnych. Dla uniknięcia wątpliwości, umowa o pracę nie jest umową cywilnoprawną w rozumieniu niniejszych OWU.

Ubezpieczający: Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia i zobowiązał się do opłacania składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

Ubezpieczony: Ubezpieczający, a w przypadku ubezpieczenia Pobyt w Szpitalu oraz Assistance Medyczne również Członkowie Rodziny.

Ubezpieczyciel:

- Ubezpieczyciel na Życie: SOGECAP SA, zakład ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej, utworzony i działający zgodnie z prawem francuskim, z siedzibą pod adresem: Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense 2, Francja, zarejestrowany we Francji pod numerem spółki 086 380 730 R.C.S Nanterre, działający w Polsce poprzez oddział: SOGECAP S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu (50-062), Plac Solny 16, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000401163, udzielający ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych: Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć w wyniku choroby, Trwała i Całkowita Niepełnosprawność w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Pobyt w Szpitalu, Tymczasowa i Całkowita Niezdolność do Pracy, Poważne Zachorowanie.
- Ubezpieczyciel Majątkowy: SOGESSUR SA, zakład ubezpieczeń w formie spółki akcyjnej utworzony i działający zgodnie z prawem francuskim, z siedzibą pod adresem: Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense 2, Francja, zarejestrowane we Francji pod numerem spółki 379 846 637 R.C.S Nanterre, działające w Polsce poprzez oddział: SOGESSUR SA Oddział w Polsce, z siedzibą we Wrocławiu (50-062), Plac Solny 16, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000532682, udzielający ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych: Utrata Pracy, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku, uprawniające do skorzystania z ubezpieczenia Assistance Medyczne, Wypadek zwierzęcia domowego.

Umowa Kredytu Ratalnego: umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, na podstawie której udzielany jest Kredyt Ratalny.

Umowa o Pracę: zatrudnienie na podstawie stosunku pracy zgodnie z polskim Kodeksem Pracy na czas nieokreślony lub na czas określony dłuższy niż jeden rok.

Utrata Pracy: rozwiązanie Umowy o Pracę zawartej przez Ubezpieczonego, na skutek którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych pod warunkiem, że Ubezpieczony był zatrudniony na podstawie Umowy o Pracę nieprzerwanie przez okres co najmniej 3 miesięcy poprzedzających bezpośrednio rozwiązanie Umowy o Pracę.

Uprawniony do Świadczenia: osoba upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez Ubezpieczyciela na Życie w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego będącego Śmiercią lub Śmiercią wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazana w Polisie Ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego.

Uprawniony Organ: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub inny organ upoważniony przez ZUS lub KRUS zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub świadczeń z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Dodatkowo, w przypadku decyzji dotyczącej Znacznego Stopnia

Niepełnosprawności, Uprawnionym Organem są zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, działające w oparciu o przepisy dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Wniosek Ubezpieczeniowy: wniosek Ubezpieczającego skierowany do Ubezpieczyciela, w którym Ubezpieczający wnosi o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, składany w postaci papierowej z odręcznym podpisem Ubezpieczającego lub elektronicznej z podpisem elektronicznym w formie jednorazowego kodu SMS stanowiącego losowy ciąg cyfr identyfikujący Ubezpieczającego, wysyłany w wiadomości SMS na numer telefonu wskazany przez Ubezpieczającego

Wypadek Zwierzęcia Domowego: niezależne od woli Ubezpieczonego lub Członków rodziny, gwałtowne i nagłe zdarzenie, powodujące fizyczne obrażenia ciała zwierzęcia domowego, to jest psa lub kota.

Zdarzenie Ubezpieczeniowe:

a) Śmierć,
b) Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
c) Trwała i Całkowita Niepełnosprawność w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
d) Utrata Pracy,
e) Tymczasowa i Całkowita Niezdolność do Pracy,
f) Poważne Zachorowanie,
g) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku, uprawniające do skorzystania z ubezpieczenia Assistance Medyczne,
h) Pobyt w Szpitalu.
i) Wypadek Zwierzęcia Domowego

Zwolnienie Lekarskie: zaświadczenie lekarskie w formie dokumentu elektronicznego (e-ZLA) lub wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu lub – w przypadku Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy przekraczającej okres, jaki może zostać zgodnie z prawem przyznany na formularzu e-ZLA – decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenie wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) potwierdzające Tymczasową i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub inne równoważne orzeczenie wydane przez Uprawniony Organ do stwierdzania niezdolności do pracy.

Art.3 Przedmiot i zakres Umowy Ubezpieczenia

3.1. Przedmiotem Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem na Życie jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

3.2. Przedmiotem Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem Majątkowym jest utrata stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego oraz zdrowie Ubezpieczonego i Członków Rodziny.

3.3. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące Zdarzenia Ubezpieczeniowe, które zaistniały w Okresie Ubezpieczenia (wariant zawiera ubezpieczenia oznaczone symbolem „✓”):

Ubezpieczyciel świadczący ochronę		Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wariant Standard	Wariant Standard plus	Wariant Premium	Wariant Rodzina
Ubezpieczyciel na Życie		Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	✓	✓	✓	✓
		Śmierć w wyniku choroby	-	✓	-	-
		Trwała i Całkowita Niepełnosprawność w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	✓	✓	✓	✓
		Pobyt w Szpitalu	-	-	-	✓
W zależności od źródła dochodu w dniu zawarcia Umowy	Ubezpieczyciel na Życie	Tymczasowa i Całkowita Niezdolność do Pracy LUB Poważne Zachorowanie	-	-	✓	✓
	Ubezpieczyciel Majątkowy	LUB Utrata Pracy				
Ubezpieczyciel Majątkowy		Assistance Medyczne	-	-	-	✓

3.4. W przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego powstałego w Okresie Ubezpieczenia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli Ubezpieczający zawarł Umowę Ubezpieczenia w wariancie Rodzina, przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów świadczeń assistance.

3.5. Świadczenia assistance, o których mowa w pkt.3.4 są realizowane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, w granicach i do wysokości limitów określonych w art. 19.

Art.4 Ubezpieczający i Ubezpieczony

4.1. Za Ubezpieczającego, będącego jednocześnie Ubezpieczonym, z zastrzeżeniem pkt. 4.2-4.5 poniżej, uznaje się Kredytobiorcę, który:
   a) ma co najmniej 18 lat i nie ukończył 70 lat w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie nie osiągnie wieku 75 lat do ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta Umowa Kredytu Ratalnego, a w odniesieniu do Utraty Pracy nie osiągnie wieku 65 lat do ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta Umowa Kredytu Ratalnego;
   b) złożył Wniosek Ubezpieczeniowy.

4.2. Poza warunkami określonymi w art. 4.1, ochroną ubezpieczeniową w zakresie Utraty Pracy może zostać objęty Kredytobiorca, który spełnia dodatkowo następujące warunki:
   a) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia brakuje mu więcej niż 4 lata do osiągniecia powszechnego wieku emerytalnego;
   b) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest zatrudniony na podstawie Umowy o Pracę w pełnym wymiarze czasu pracy;
   c) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie znajduje się w okresie wypowiedzenia Umowy o Pracę ani nie przebywa na urlopie bezpłatnym, urlopie macierzyńskim lub wychowawczym.

4.3. Poza warunkami określonymi w art. 4.1, ochroną ubezpieczeniową w zakresie Tymczasowej Niezdolności do Pracy może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia prowadzi zarejestrowaną jednoosobową działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z umów cywilnoprawnych oraz któremu w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia brakuje więcej niż 4 lata do osiągniecia powszechnego wieku emerytalnego.

4.4. Poza warunkami określonymi w art. 4.1, ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnego Zachorowania może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia posiada prawo do emerytury lub otrzymuje rentę stałą z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego lub Kredytobiorca, który uzyskuje dochód z umów cywilnoprawnych lub umowy o pracę lub zarejestrowanej jednoosobowej działalności gospodarczej i któremu w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia brakuje 4 lat lub mniej do osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego.

4.5. Ubezpieczonymi w zakresie ubezpieczenia Pobyt w Szpitalu oraz Assistance Medyczne są Ubezpieczony oraz Członkowie Rodziny.

4.6. Ubezpieczający w dniu zawarcia umowy Ubezpieczenia w Wariancie Premium oraz Rodzina oświadczył z jakiego tytułu otrzymuje dochody.

4.7. Kredytobiorca, który zawarł więcej niż jedną Umowę Kredytu Ratalnego z tym samym Kredytodawcą, musi spełniać wymogi określone w art. 4.1 w stosunku do każdej z Umów Kredytu Ratalnego.

Art.5 Uprawniony do Świadczenia

5.1. We Wniosku Ubezpieczeniowym Ubezpieczający wskazuje Uprawnionego do Świadczenia z tytułu Śmierci lub Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego i może w każdym czasie dokonać jego zmiany. Wyznaczenie Uprawnionego do Świadczenia jest potwierdzone w Polisie.

5.2. Jeżeli Uprawniony do Świadczenia na wypadek Śmierci lub Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego nie został wskazany lub jego wskazanie stało się bezskuteczne, w szczególności, jeżeli Uprawniony do Świadczenia zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci, za Uprawnionego do Świadczenia uznani zostaną w następującej kolejności: małżonek, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, urodzone i nienarodzone dzieci Ubezpieczonego, wnuki Ubezpieczonego, inni spadkobiercy Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Art.6 Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

6.1. Wniosek Ubezpieczeniowy może zostać złożony najwcześniej w dniu zawarcia Umowy Kredytu Ratalnego.

6.2. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta poprzez akceptację przez Ubezpieczyciela Wniosku Ubezpieczeniowego Kredytobiorcy, jeżeli Kredytobiorca:
   a) zawarł Umowę Kredytu Ratalnego z Bankiem i data zawarcia Umowy Ubezpieczenia to data zawarcia Umowy Kredytu Ratalnego, która jest wskazana jest w Polisie.
   b) spełnia warunki wymienione w art. 4 niniejszych OWU,

6.3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza wystawieniem Polisy.

Art.7 Okres ubezpieczenia i czas trwania Umowy ubezpieczenia

7.1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres odpowiadający okresowi trwania Umowy Kredytu Ratalnego, lecz nie dłużej niż do dnia 75-tych urodzin Ubezpieczonego, a w zakresie Utraty Pracy nie dłużej niż do dnia 65-tych urodzin Ubezpieczonego.

7.2. Umowa ubezpieczenia wchodzi w życie w dniu rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia pod warunkiem zapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Ubezpieczeniowej.

7.3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na Życie w odniesieniu do Poważnego Zachorowania rozpoczyna się po upływie 90-dniowego Okresu Karencji, liczonego od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

7.4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela Majątkowego w odniesieniu do Utraty Pracy rozpoczyna się po upływie 60-dniowego Okresu Karencji, liczonego od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

7.5. Umowa Ubezpieczenia wygasa:

a) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta,
b) w dniu, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek 65 lat w zakresie Utraty Pracy, a dla pozostałych ubezpieczeń wiek 75 lat,
c) w dniu Śmierci lub Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego.
d) w dniu zaistnienia Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego i związanej z tym wypłaty świadczenia,
e) w dniu odstąpienia, rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu Ratalnego lub w związku z całkowitą wcześniejszą spłatą kredytu ratalnego,
f) w dniu, w którym odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia stało się skuteczne,
g) w wariancie Rodzina w zakresie Assistance Medycznego, z chwilą wyczerpania wszystkich świadczeń.

7.6. W przypadku kredytu restrukturyzowanego, powodującego prolongowanie harmonogramu spłat Umowy Kredytu Ratalnego, Okres Ubezpieczenia kończy się z upływem dnia, w którym okres, na jaki pierwotnie został udzielony kredyt ratalny, pierwotnie wskazany w Umowie Kredytu Ratalnego, miał wygasnąć.

Art.8 Odstąpienie i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

8.1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

8.2. Ubezpieczający jest uprawniony do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie poprzez złożenie Ubezpieczycielowi lub Agentowi Ubezpieczeniowemu wypowiedzenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

8.3. Zwrot składki ubezpieczeniowej zostanie dokonany na rachunek bankowy wskazany we Wniosku Ubezpieczeniowym. Rachunek do zwrotu składki może zostać zmieniony pisemnym oświadczeniem.

Art.9 Sposób kalkulacji i zapłaty składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego

9.1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej.

9.2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest określona przez Ubezpieczyciela na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego po wzięciu pod uwagę wysokości Sumy Ubezpieczenia, zakresu ochrony wybranego przez Ubezpieczającego oraz długości ochrony.

9.3. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od taryfy obowiązującej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, wybranego wariantu ubezpieczenia, kwoty kredytu ratalnego udzielonego przez Bank oraz Okresu Ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa jest wskazana w Polisie.

9.4. Wysokość składki ubezpieczeniowej stanowi iloczyn: stawki taryfy, wysokości całkowitej kwoty Kredytu Ratalnego wraz z prowizją i liczby rat Umowy Kredytu, Ratalnego, z uwzględnieniem karencji spłat kredytu, określonych pierwotnie w Umowie Kredytu Ratalnego.

9.5. Składka ubezpieczeniowa jest uiszczana przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały Okres Ubezpieczenia.

9.6. Wysokość składki ubezpieczeniowej i sposób jej obliczenia uwzględnia Okres Karencji.

Art.10 Zakres terytorialny

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na całym świecie, z wyłączeniem ubezpieczenia Assistance Medyczny, Pobyt w Szpitalu oraz Utrata Pracy, dla których ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

Art.11 Wyłączenia ogólne

11.1 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje konsekwencji i skutków:

a) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w ciągu pierwszych 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;

b) wypadków lotniczych Ubezpieczonego lecącego dowolnego rodzaju statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera za opłatą samolotem rejsowym licencjonowanego publicznego przewoźnika pasażerów, lub jeżeli Ubezpieczony jest przewożony jako pacjent, osoba poszkodowana, ratownik lub obsługa karetki pogotowia, samolotu pogotowia lotniczego lub helikoptera pogotowia lotniczego;

c) spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo- skutkowym ze spożyciem tych substancji;

d) działań wojennych, stanu wojennego, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru, a także skażenia chemicznego, działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego oraz pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;

e) uprawiania jakiegokolwiek z wymienionych sportów: sporty, których uprawianie wymaga korzystania z urządzeń/pojazdów wyposażonych w silnik (w tym wyścigi), boks, nurkowanie podwodne z autonomicznym aparatem oddechowym, eksploracja jaskiń, jazda na bobslejach, saneczkarstwo, skoki narciarskie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka górska, skoki spadochronowe, akrobacje spadochronowe, lotniarstwo, latanie na ultralekkich samolotach lub skoki na bungee;

f) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu; wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;

g) dokonania lub usiłowania dokonania napaści lub popełnienia innego czynu sprzecznego z prawem lub udział w sprzecznej z prawem działalności lub ciężkim przestępstwie, potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;

h) jakiejkolwiek Choroby spowodowanej przez wirus HIV lub AIDS;

i) umyślnego działania Ubezpieczonego, w tym samookaleczenia lub próby samobójczej Ubezpieczonego;

j) Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które nie zaistniały w trakcie Okresu ubezpieczenia.

11.2 Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy

11.2.1. Oprócz wyłączeń ogólnych wskazanych w art. 11.1 a) - j) powyżej, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz Tymczasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy nie obejmuje także konsekwencji i skutków następujących zdarzeń:

a) jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, umysłowych lub nerwowych potwierdzonych przez lekarza;

b) wszelkich Chorób odcinków kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego), lumbago, bólu w dolnej części pleców, rwy kulszowej, bólu uda, bólów korzeniowych, skręcenia odcinka szyjnego, skręcenia odcinka piersiowego, zespołu bolesnego barku, wysunięcia się dysku, chyba że co najmniej jedna z tych Chorób wymaga hospitalizacji przez nieprzerwany okres 15 dni lub zabiegu chirurgicznego w okresie niepełnosprawności;

c) konsekwencji zabiegów kosmetycznych i/lub operacji plastycznych innych niż operacje związane z Chorobą lub Wypadkiem objętych Umowa ubezpieczenia.

11.2.2. Ochrona w zakresie Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy nie jest świadczona, jeżeli Ubezpieczający na dzień zdarzenia nie prowadzi lub przestał prowadzić zarejestrowaną jednoosobową działalność gospodarczą lub nie jest zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej lub została z nim rozwiązana umowa cywilnoprawna, z której uzyskiwał dochody, w tym także w przypadku przejścia na emeryturę na skutek zaprzestania prowadzenia zarejestrowanej jednoosobowej działalności gospodarczej lub ustania zatrudnienia na podstawie umowy cywilnoprawnej.

11.3 Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Poważnego Zachorowania

11.3.1. Oprócz wyłączeń ogólnych wskazanych w art. 11.1 a) - j) powyżej, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Poważnego Zachorowania nie obejmuje także konsekwencji i skutków następujących zdarzeń:

a) jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, umysłowych lub nerwowych potwierdzonych przez lekarza;

b) chorób nowotworowych: nowotworów "in situ", nowotworów współistniejących z zakażeniem HIV, nowotworów skóry (czerniak w fazie inwazyjnej, czyli w stadium wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie będzie wyłączony), przewlekłej białaczki limfatycznej, choroby Hodgkina w pierwszej fazie, chłoniaka złośliwa w pierwszej fazie;

c) w odniesieniu do udaru mózgu: udaru mózgu, który nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji, zatoru tłuszczowego, zatoru powietrznego, następstwa choroby kesonowej, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w wyniku Wypadku, przemijających napadów niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, które nie powodują trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego.

11.4 Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Pobytu w Szpitalu

11.4.1. Oprócz wyłączeń ogólnych wskazanych w art. 11.1 a) - j) powyżej, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Pobytu w szpitalu nie obejmuje także konsekwencji i skutków następujących zdarzeń:

a) zabiegów kosmetycznych, operacji plastycznych lub leczenia profilaktycznego o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku;

b) pobytu Ubezpieczonego w ośrodkach opieki społecznej, ośrodkach dla psychicznie chorych, hospicjach, ośrodkach rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodkach leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu.

11.5 Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Assistance Medyczne

11.5.1. Oprócz wyłączeń ogólnych wskazanych w art. 11 1 lit a) - j) powyżej, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Assistance Medyczne nie obejmuje także konsekwencji i skutków następujących zdarzeń:

a) zabiegów kosmetycznych i/lub operacji plastycznych innych niż operacje związane, Nieszczęśliwym wypadkiem lub Nagłym zachorowaniem objętych Umową Ubezpieczenia;

b) jakichkolwiek zaburzeń psychicznych, umysłowych lub nerwowych potwierdzonych przez lekarza;

c) wystąpienia Choroby.

11.5.2. Zakres ubezpieczenia Assistance Medyczne nie obejmuje kosztów:

a) wykonania Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, zabiegów zapobiegawczych oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

b) świadczeń i usług medycznych w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

11.5.3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do opóźnienia wykonania świadczenia assistance na skutek:

a) działań wojennych, zamieszek, rozruchów, Aktów Terroru, promieniowania radioaktywnego;

b) udokumentowanego działania Siły Wyższej.

11.6 Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące ryzyka Utraty Pracy

11.6.1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Utraty Pracy nie obejmuje także konsekwencji i skutków następujących zdarzeń:

a) Utraty Pracy, która nastąpiła na skutek wypowiedzenia Umowy o Pracę przez Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o Pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o Pracę za porozumieniem stron, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy;

b) rozwiązania Umowy o Pracę z upływem okresu, na jaki była zawarta, bądź z powodu przejścia Ubezpieczonego na emeryturę;

c) gdy Umowa o Pracę została zawarta z powinowatym w stosunku do Ubezpieczonego lub krewnym Ubezpieczonego w linii prostej (wstępni i zstępni), jeśli taki powinowaty lub krewny Ubezpieczonego reprezentuje pracodawcę lub jest właścicielem podmiotu będącego pracodawcą Ubezpieczonego w sytuacji, gdy ten pracodawca prowadzi działalność gospodarczą w formie spółki prawa handlowego;

d) gdy Ubezpieczony nie zarejestrował się we właściwym urzędzie pracy jako bezrobotny lub został wyrejestrowany jako bezrobotny;

e) gdy Umowa Kredytu Ratalnego została zawarta po rozwiązaniu Umowy o Pracę lub po rozpoczęciu okresu wypowiedzenia w ramach tej umowy.

11.6.2. W przypadku zaistnienia dwóch lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących tej samej Umowy Kredytu Ratalnego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela Majątkowego za drugie i kolejne zdarzenia ubezpieczeniowe będzie zależeć od upływu Okresu Ponownej Kwalifikacji, w trakcie którego Ubezpieczający był dalej zatrudniony na podstawie Umowy o Pracę.

Art.12 Suma Ubezpieczenia

12.1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla wszystkich Zdarzeń Ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia. W ramach Sumy Ubezpieczenia uwzględnia się limity na poszczególne świadczenia określone w art. 13 –19 poniżej.

12.2. Maksymalna łączna Suma Ubezpieczenia dla Zdarzeń Ubezpieczeniowych objętych ochroną przez Ubezpieczyciela na Życie (całkowita Suma Ubezpieczenia dla wszystkich Kredytów Ratalnych przyznanych Ubezpieczonemu) wynosi 60 000 PLN, a w wariancie Rodzina 90 000 PLN.

12.3. Suma Ubezpieczenia dla Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną przez Ubezpieczyciela Majątkowego to suma wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych podczas okresu Utraty Pracy, jednakże nieprzekraczająca kwoty 18 rat w Okresie Ubezpieczenia.

12.4. Suma wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty należnej Bankowi od Ubezpieczonego zgodnie z Umową Kredytu Ratalnego, za wyjątkiem Sumy Ubezpieczenia w wariancie Rodzina.

Art.13 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci oraz Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

13.1. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego, w tym Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu do Świadczenia, zgodnie z art. 5 powyżej, świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości:

a) Kwoty Zadłużenia oraz

b) w wariancie Rodzina dodatkowo 50% kwoty wskazanej w art. 13.1. a).

13.2. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, jest śmierć Ubezpieczonego nie później niż 12 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

13.3. W przypadku kredytu restrukturyzowanego, kwota wypłacanego świadczenia odpowiada aktualnej Kwocie Zadłużenia na dzień wydania decyzji o uznaniu roszczenia i nie przekracza Kwoty Zadłużenia wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego, za wyjątkiem wypłaty świadczenia w wariancie Rodzina.

Art.14 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

14.1 W przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego wysokość świadczenia wypłacanego Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela na Życie z tego tytułu ustalana jest na dzień stwierdzenia stanu Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość świadczenia obliczana jest zgodnie z zasadami dla świadczenia ubezpieczeniowego należnego w przypadku śmierci, określonymi w art. 13.

Art.15 Świadczenia ubezpieczeniowe w przypadku Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy

15.1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy objętej ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel na Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie odpowiadające kwocie raty kapitałowo-odsetkowej Kredytu Ratalnego, które Ubezpieczający byłby zobowiązany uiszczać w czasie trwania Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu Ratalnego, obowiązującym w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jednakże nieprzekraczające 6 rat w Okresie Ubezpieczenia.

15.2. W przypadku kredytu restrukturyzowanego, kwota świadczeń ubezpieczeniowych należna od Ubezpieczyciela na Życie nie przekracza kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego.

15.3. Wystąpienie Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy potwierdza Ubezpieczyciel na Życie na podstawie okresu tymczasowej niezdolności do pracy, wskazanego w Zwolnieniu Lekarskim. Data początku niezdolności, wskazana w

wydanym po raz pierwszy Zwolnieniu Lekarskim jest uważana za datę wystąpienia Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

15.4. Świadczenie z tytułu Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy wypłaca się Ubezpieczonemu, jeśli Tymczasowa i Całkowita Niezdolności do Pracy trwała przynajmniej przez okres 60 kolejnych dni. Świadczenie będzie należne z tytułu Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy począwszy od pierwszego dnia jej wystąpienia.

15.5. Świadczenie ubezpieczeniowe w okresie Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, które będzie wypłacane przez Ubezpieczyciela na Życie jest równe miesięcznym ratom Kredytu Ratalnego, z wyjątkiem jakichkolwiek odroczonych płatności i mających zastosowanie odsetek ustawowych.

15.6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy jest udzielana jedynie Kredytobiorcom, którzy prowadzą jednoosobową działalność gospodarczą lub uzyskują dochody z umów cywilnoprawnych, przy czym warunek powyższy musi być spełniony zarówno w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia, jak i w chwili wystąpienia Tymczasowej i Całkowitej Niezdolności do Pracy danego Ubezpieczonego.

Art.16 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania

16.1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel na Życie wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające kwocie rat, którą Ubezpieczający byłby zobowiązany uiszczać w czasie trwania Poważnego Zachorowania zgodnie z harmonogramem spłat Kredytu Ratalnego, obowiązującym w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jednakże nieprzekraczające całkowitej kwoty 10 rat w trakcie Okresu Ubezpieczenia. Z zastrzeżeniem pkt. 16.6 poniżej, raty są obliczane zgodnie z harmonogramem spłat, obowiązującym w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z wyjątkiem jakichkolwiek odroczonych płatności i mających zastosowanie odsetek ustawowych.

16.2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe może zostać wypłacone z powodu tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na Życie w wyniku wystąpienia kolejnego Poważnego Zachorowania dotyczy tylko sytuacji, w których kolejne Zdarzenie Ubezpieczeniowe nie wynika ze Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z tytułu którego już wypłacono świadczenie ubezpieczeniowe.

16.3. W przypadku kredytu restrukturyzowanego, kwota świadczenia ubezpieczeniowego należnego od Ubezpieczyciela na Życie nie przekracza kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego,

16.4. Wystąpienie ryzyka Poważnego Zachorowania potwierdza Ubezpieczyciel na Życie na podstawie dokumentacji medycznej, dostarczonej przez Ubezpieczonego. Data początku Poważnego Zachorowania, wskazana w wydanym po raz pierwszy Zwolnieniu Lekarskim, zatwierdzonym przez Ubezpieczyciela na Życie jest uważana za datę wystąpienia Poważnego Zachorowania.

16.5. Świadczenie ubezpieczeniowe należne z tytułu Poważnego Zachorowania wypłaca się, jeśli Poważne Zachorowanie wystąpi po upływie co najmniej 90 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w związku z daną Umową Kredytu Ratalnego (Okres Karencji).

16.6. Ubezpieczyciel na Życie wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania za raty Kredytu Ratalnego należne za miesiąc, w którym Poważne Zachorowanie wystąpiło, jeżeli Ubezpieczający będzie żył przez okres minimum 30 dni od Dnia Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

Art.17 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu

17.1 W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Pobycie w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego lub Członków Rodziny będącymi Ubezpieczonymi, Ubezpieczyciel na Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie odpowiadające kwocie rat Kredytu Ratalnego, które Ubezpieczający byłby zobowiązany uiszczać w czasie trwania Pobytu w Szpitalu zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu Ratalnego, obowiązującym w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jednakże nieprzekraczające całkowitej kwoty 6 rat w Okresie Ubezpieczenia na wszystkich Ubezpieczonych.

17.2 Pobyt w Szpitalu potwierdza Ubezpieczyciel na Życie na podstawie kart informacyjnych leczenia szpitalnego zawierającej informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego lub Członków Rodziny, pozwalające ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela na Życie.

17.3 Pierwsza wypłata świadczenia przysługuje po upływie 3 kolejnych dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.

17.4 Drugie i kolejne świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu przysługuje każdorazowo po upływie kolejnych trzydziestu dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego lub Członków Rodziny.

17.5 W przypadku kredytu restrukturyzowanego, kwota świadczeń ubezpieczeniowych należna od Ubezpieczyciela na Życie nie przekracza kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego.

17.6 Świadczenie ubezpieczeniowe w okresie Pobytu w Szpitalu, które będzie wypłacane przez Ubezpieczyciela na Życie, będzie równe miesięcznym ratom, z wyjątkiem jakichkolwiek odroczonych płatności i mających zastosowanie odsetek ustawowych,

17.7. Bez względu na liczbę Ubezpieczonych przebywających w Szpitalu w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie z tytułu ubezpieczenia Pobytu w Szpitalu.

Art.18 Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty Pracy

18.1 W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Utracie Pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel Majątkowy będzie wypłacał świadczenie ubezpieczeniowe za każdy udokumentowany miesięczny okres, w którym Ubezpieczający pozostaje bezrobotnym uprawnionym do zasiłku dla bezrobotnych, pod warunkiem, że Ubezpieczający pozostawał niezatrudniony przez przynajmniej 30 kolejnych dni. Wysokość świadczenia będzie równa okresowi Utraty Pracy w odniesieniu do harmonogramu spłat kredytu ratalnego, obowiązującego w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jednakże nie będzie przekraczać kwoty 18 rat w Okresie Ubezpieczenia. W przypadku kredytu restrukturyzowanego, kwota rat należna od Ubezpieczyciela od Utraty Pracy nie przekracza kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu ratalnego.

18.2 Świadczenie ubezpieczeniowe w okresie Utraty Pracy, które będzie wypłacane przez Ubezpieczyciela Majątkowego, będzie równe miesięcznym ratom, z wyjątkiem jakichkolwiek odroczonych płatności i mających zastosowanie odsetek ustawowych.

18.3 Ubezpieczyciel Majątkowy wypłaci pierwszą ratę świadczenia za miesiąc następujący po miesiącu, w którym nastąpiła Utrata Pracy (tj. w którym została wydana decyzja na podstawie, której Ubezpieczający uzyskał Status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku dla Bezrobotnych).

18.4 Okres Ponownej Kwalifikacji obejmuje okres 12 miesięcy, jaki musi upłynąć pomiędzy dwoma Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi polegającymi na Utracie Pracy, aby Ubezpieczający był uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu późniejszego z tych dwóch zdarzeń. Okres ten liczy się począwszy od 30. dnia po dniu zapłaty ostatniej raty kredytu ratalnego, należnej jako świadczenie wskutek wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

18.5 Świadczenie ubezpieczeniowe należne z tytułu Utraty Pracy wypłaca się, jeśli:

a) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego był zatrudniony na podstawie Umowy o Pracę w pełnym wymiarze czasu pracy, co najmniej przez okres 3 miesięcy;
b) Utrata Pracy wystąpi po upływie co najmniej 60 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w związku z danym Kredytem Ratalnym (Okres Karencji).

18.6. Ubezpieczyciel Majątkowy zaprzestanie wypłacać świadczenia w związku z danym Zdarzeniem Ubezpieczeniowym od dnia, w którym:

a) upłynie maksymalny okres wypłaty świadczenia określony w art. 18.1.,
b) Ubezpieczający nabędzie prawo do emerytury,
c) nastąpi śmierć Ubezpieczającego,
d) Ubezpieczający zostanie uznany za całkowicie niezdolnego do pracy lub niepełnosprawnego, co zostało potwierdzone w orzeczeniu ZUS,
e) Ubezpieczający utraci Status Osoby Bezrobotnej z Prawem do Zasiłku dla Bezrobotnych,
f) termin, na który pierwotnie Kredytobiorca zawarł Umowę Kredytu Ratalnego z Bankiem, zakończył się wskutek restrukturyzacji w Kredyt Restrukturyzowany, skutkujący zmianą harmonogramu spłaty.

Art.19 Świadczenia ubezpieczeniowe z ubezpieczenia Assistance Medycznego

Świadczenia Assistance Medycznego realizowane są przez Ubezpieczyciela Majątkowego w granicach i do wysokości limitów wskazanych w niniejszej tabeli:

Rodzaj świadczenia	Limit w rocznym Okresie ubezpieczenia na wszystkich Ubezpieczonych	Zdarzenie ubezpieczeniowe
Świadczenia assistance		
1. telekonsultacje pediatryczne i internistyczne: telefoniczne konsultacje lekarskie Ubezpieczonych z pediatrą lub Lekarzem pierwszego kontaktu, obejmujące możliwość wystawienia e-recepty i zwolnienia lekarskiego w związku z wystąpieniem Nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub Członków rodziny;	5 telekonsultacji	Nagłe zachorowanie
2. telekonsultacje pediatryczne i internistyczne: telefoniczne konsultacje lekarskie Ubezpieczonych z pediatrą lub Lekarzem pierwszego kontaktu, obejmujące możliwość wystawienia e-recepty i zwolnienia lekarskiego w związku z wystąpieniem Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Członków rodziny;	bez limitu	Nieszczęśliwy wypadek
3. transport Ubezpieczonych: transport dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Członków rodziny środkiem transportu, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie: • do Placówki medycznej – z miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Członków rodziny; • pomiędzy Placówkami medycznymi – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Członków rodziny lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej oraz ewentualny transport powrotny; • z Placówki medycznej – do Miejsca zamieszkania;	800,00 PLN / na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
4. pomoc domowa dla dzieci i rodziców Ubezpieczającego: • zakup i dostarczenie do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego zakupów oraz przygotowywanie posiłków, czynności pielęgnacyjne, drobne porządki w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego; • Świadczenie jest realizowane w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego trwającego powyżej 3 dni;	800,00 PLN max. przez 5 dni na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
5. transport Dzieci do osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi lub do szkoły, żłobka, przedszkola; • świadczenie jest realizowane w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego trwającego powyżej 3 dni, za pisemną zgodą Ubezpieczonego i pod warunkiem zapewnienia przez Ubezpieczonego dostępu do miejsca przebywania Dzieci;	500,00 PLN na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
6. opieka nad zwierzętami domowymi (psem lub kotem) • w Miejscu zamieszkania, w okresie Hospitalizacji Ubezpieczonego lub Członków rodziny trwającego powyżej 2 dni, w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymywania higieny; • świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki, • opieka nad zwierzętami domowymi albo transport zwierząt domowych są realizowane, o ile Ubezpieczony lub Członek rodziny zapewnił dostęp do miejsca przebywania zwierząt domowych i okazał przedstawicielowi Ubezpieczyciela aktualną książeczkę szczepień zwierzęcia potwierdzającą wykonanie niezbędnych szczepień;	500,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
7. organizacja procesu rehabilitacyjnego • wizyta fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo wizyta Ubezpieczonego lub Członka rodziny w poradni rehabilitacyjnej, wraz z kosztami transportu, na podstawie pisemnego zalecenia zabiegów rehabilitacyjnych od Lekarza prowadzącego leczenie; • świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zabiegów rehabilitacyjnych;	500,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
8. wypożyczenie albo zakup oraz dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Członka rodziny, na podstawie pisemnego zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego leczenie;	500,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
9. zakup i dostarczenie leków • zakup i dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego lub Członków rodziny leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie i w sytuacji, gdy zgodnie z jego pisemnym zaleceniem Ubezpieczony lub Członkowie rodziny (z uwagi na rodzaj obrażeń jakich doznał) nie może opuszczać miejsca pobytu; • warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Ubezpieczyciela recepty niezbędnej do wykupienia leków; • świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów leków;	100,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek

10. wizyta pielęgniarki • dojazd i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu lub Członkom rodziny opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie i możliwym do wykonania w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Członków rodziny; • świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej;	500,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
11. pomoc psychologa w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Członków rodziny lub w poradni zdrowia psychicznego;	500,00 PLN/ na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Nieszczęśliwy wypadek
12. organizacja wizyty u lekarza weterynarii	200,00 PLN na Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wypadek zwierzęcia domowego

Art.20 Zgłaszanie roszczeń

20.1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w stosunku do Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonych, jego spadkobiercy lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest do powiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela lub Agenta Ubezpieczeniowego i przedstawienia dokumentów wymaganych przez Ubezpieczyciela, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia, z zastrzeżeniem postanowień art. 21.

20.2. W zależności od rodzaju Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczający, odpowiednio jego spadkobiercy lub inna osoba występująca z roszczeniem musi przekazać Ubezpieczycielowi lub Agentowi Ubezpieczeniowemu następujące dokumenty:

20.2.1 W przypadku śmierci (w tym Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku):

a) wniosek o wypłatę świadczenia. W przypadku Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia powinien zostać załączony adres organu prowadzącego dochodzenie (policji lub prokuratora) oraz, o ile to możliwe, numer sprawy oraz opis okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,

b) Polisę, o ile jest to możliwe,

c) odpis aktu zgonu,

d) kserokopię zaświadczenia potwierdzającego zgon, sporządzonego na formularzu obowiązującym w państwie, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe lub na formularzu określonym przez Ubezpieczyciela na Życie wypełnionego przez lekarza stwierdzającego zgon, ze wskazaniem przyczyny zgonu,

e) w przypadku roszczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oficjalne potwierdzenie, że śmierć była skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, takie jak raport policji, karta zgonu (w oryginale lub kopiach poświadczonych za zgodność notarialnie, które po przedstawieniu Ubezpieczycielowi na Życie są kopiowane i zwracane okazującemu), o ile jest to możliwe.

20.2.2 W przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku:

a) wniosek o wypłatę świadczenia. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niepełnosprawności będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia powinien zostać załączony adres organu prowadzącego dochodzenie (policji lub prokuratora) oraz, o ile to możliwe, numer sprawy oraz opis okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,

b) Polisę, o ile jest to możliwe,

c) orzeczenie Uprawnionego Organu stwierdzające Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub Znaczny Stopień Niepełnosprawności o ile zostało wydane,

d) zaświadczenie lekarskie, wypełnione przez Lekarza Prowadzącego Leczenie lub dokumentację medyczną, które wskazuje na charakter obrażeń lub choroby, wynikające z nich trwały uszczerbek oraz datę ich utrwalenia,

e) w przypadku Znacznego Stopnia Niepełnosprawności-decyzję o przyznaniu emerytury albo decyzję o ostatniej waloryzacji emerytury oraz zaświadczenie Uprawnionego Organu o wypłacie emerytury lub ostatni odcinek wypłaty emerytury lub wyciąg albo historię rachunku bankowego za ostatni miesiąc, potwierdzający wpływ świadczenia emerytalnego.

20.2.3 W przypadku Tymczasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy:

a) wniosek o wypłatę świadczenia. W przypadku Tymczasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia powinien zostać załączony adres organu

prowadzącego dochodzenie (policji lub prokuratora) oraz, o ile to możliwe, numer sprawy oraz opis okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,

b) Polisę, o ile jest to możliwe,

c) Zwolnienie Lekarskie,

d) dokumentację medyczną, wskazującą na rozpoznanie schorzeń, będących przyczyną tymczasowej lub całkowitej niezdolności do pracy,

e) dokument potwierdzający, że Ubezpieczający prowadzi działalność gospodarczą lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).

20.2.4 W przypadku Poważnego Zachorowania:

a) wniosek o wypłatę świadczenia,

b) Polisę, o ile jest to możliwe,

c) dokumentację medyczną,

d) wszelkie dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela na Życie, które Ubezpieczyciel na Życie uznaje za konieczne do rozpatrzenia roszczenia i możliwe do uzyskania przez Ubezpieczonego. W szczególności dokumentację medyczną związaną z Poważnym Zachorowaniem, zawierającą wyniki badań potwierdzających, że choroba odpowiada definicji Poważnego Zachorowania. Taka dokumentacja musi zostać złożona najpóźniej w ciągu 30 dni od zdiagnozowania choroby lub od opuszczenia szpitala przez Ubezpieczonego.

20.2.5 W przypadku Pobytu w Szpitalu:

a) wniosek o wypłatę świadczenia,

b) jeśli Pobyt w szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem do wniosku o wypłatę świadczenia powinien zostać załączony adres organu prowadzącego dochodzenie (policji lub prokuratora) oraz, o ile to możliwe, numer sprawy oraz opis okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku

c) Polisę, o ile jest to możliwe,

d) wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

20.2.6 W przypadku Utraty Pracy:

a) wniosek o wypłatę świadczenia,

b) Polisę, o ile jest to możliwe,

c) kopia dokumentu potwierdzającego status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych lub w przypadku kolejnego roszczenia, dokument potwierdzający prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczonego, winien być przedstawiany co miesiąc,

d) oryginał lub kopia świadectwa pracy potwierdzającego zatrudnienie na podstawie Umowy o Pracę przez okres co najmniej 3 miesięcy poprzedzających Datę Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego

20.3. Zestawienie zadłużenia Ubezpieczonego (ze wskazaniem pozostałej kwoty Kredytu Ratalnego na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz pozostałej do spłaty kwoty Kredytu Ratalnego na dzień zgłoszenia zajścia zdarzenia), obowiązującego na dzień wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego oraz pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu Ratalnego w celu ustalenia wysokości świadczenia, zostaną dostarczone przez Bank do Ubezpieczyciela na żądanie Ubezpieczyciela w celu ustalenia wysokości świadczenia.

20.4. Datą zgłoszenia roszczenia jest data, w której Ubezpieczyciel lub Agent Ubezpieczeniowy otrzyma wniosek o wypłatę świadczenia.

Art.21 Zgłaszanie roszczeń do Assistance Medycznego i zasady realizacji świadczeń

21.1. W przypadku zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego uprawniającego do skorzystania z Assistance Medycznego, Ubezpieczony, Członek rodziny lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem, pod numerem telefonu (+48 22)564 06 44 i podać dostępne informacje niezbędne do realizacji świadczeń na rzecz Ubezpieczonego lub Członków rodziny:

a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego lub Członka rodziny (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia lub numer Polisy);

b) Datę Zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (datę wystąpienia Nagłego zachorowania, datę zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku zwierzęcia domowego);

c) rodzaj wymaganej pomocy;

d) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą.

21.2. W celu realizacji świadczeń wymienionych w art. 19, Ubezpieczony, Członek rodziny lub inna osoba zgłaszająca zobowiązana jest przesłać do Ubezpieczyciela, w sposób ustalony z Ubezpieczycielem, dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do skorzystania z Assistance Medycznego wraz z pisemnym zaleceniem lub skierowaniem od Lekarza Prowadzącego Leczenie, a także dokumentację medyczną potwierdzającą Hospitalizację, zgodnie z opisem dla danego świadczenia.

21.3. Jeżeli Ubezpieczony lub Członek rodziny z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty świadczeń odpowiadające zakresem Assistance Medycznemu , powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty świadczeń na podstawie przedłożonych Ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów (rachunki i dowody zapłaty lub ich kopie), z zastrzeżeniem że Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do łącznego limitu określonego w art. 19.

21.4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką Medyczną lub Lekarzem Prowadzącym Leczenie.

21.5. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczonego wskazując, że, czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do 5 Dni roboczych, licząc od dnia przesłania do Ubezpieczyciela dokumentów, chyba że Ubezpieczony, Członek rodziny lub osoba, która zgłosiła Zdarzenie ubezpieczeniowe, wskaże termin późniejszy.

21.6. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem, Ubezpieczyciel, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

21.7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 21.2 lub ust. 6, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.

21.8. Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-3, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

21.9. Ubezpieczyciel pokrywa koszty świadczeń Assistance Medycznego bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Art.22 Zasady wypłaty roszczeń

22.1 Z zastrzeżeniem postanowień art.21, w ciągu 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel:

a) informuje Ubezpieczającego o otrzymaniu zawiadomienia, jeżeli nie jest on osobą występującą z zawiadomieniem;
b) podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia;
c) informuje osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie informacje lub dokumenty są potrzebne Ubezpieczycielowi do ustalenia czy roszczenie jest zasadne.

22.2 Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z postanowieniami OWU, jeżeli roszczenie będzie zasadne.

22.3 Z zastrzeżeniem art. 22.4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub powiadomienia osoby występującej z roszczeniem o odmowie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w powyższym terminie, informuje na piśmie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

22.4 W przypadku, gdy wyjaśnienie w terminie wskazanym w art. 23.3 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie, o którym mowa w art. 22.3.

22.5 Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

22.6 Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu do Świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Na żądanie tych osób informacje i dokumenty mogą zostać udostępnione w postaci elektronicznej. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na własny koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.

22.7 Ubezpieczyciel ma prawo do weryfikacji dostarczonej dokumentacji pod kątem jej autentyczności.

Art.23 Stosowanie sankcji międzynarodowych

Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela Majątkowego na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowych, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu ubezpieczenia.

Art.24 Skargi, zażalenia lub reklamacje

24.1 Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony do Świadczenia będący konsumentami, mają prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

24.2 Reklamacja może zostać złożona w następujący sposób:

a) na piśmie: osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe na następujący adres siedziby Ubezpieczyciela: SOGECAP S.A. Oddział w Polsce: Plac Solny 16, 50-062 Wrocław; SOGESSUR S.A. Oddział w Polsce: Plac Solny 16, 50-062 Wrocław,

b) ustnie: osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela

c) w postaci elektronicznej na adres e-mail Ubezpieczyciela: serwisklienta@societegenerale-insurance.pl.

24.3 Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki na piśmie nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

24.4 Odpowiedź na reklamację Ubezpieczyciel może dostarczyć na wskazany adres poczty elektronicznej, gdy osoba zgłaszająca reklamację zgłosi taki wniosek.

24.5 W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w art. 24.3 powyżej, Ubezpieczyciel wyjaśni osobie zgłaszającej reklamację przyczyny opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, a także wskaże przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

24.6 W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Uprawniony do Świadczenia będący konsumentami mogą zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

24.7 Ubezpieczyciel akceptuje i bierze udział w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów przed Rzecznikiem Finansowym (adres strony internetowej www.rf.gov.pl) zgodnie z przepisami polskiego prawa.

24.8 Ubezpieczający, Ubezpieczony, i Uprawniony do Świadczenia może wystąpić z powództwem do właściwego sądu powszechnego. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Uprawnionego do Świadczenia lub miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego Świadczenia. Wskazanie w piśmie procesowym Ubezpieczyciela będącego oddziałem zagranicznego zakładu ubezpieczeń jako strony postępowania dotyczącego roszczenia wynikającego z Umowy Ubezpieczenia jest jednoznaczne ze wskazaniem jako strony tego postępowania zagranicznego zakładu ubezpieczeń.

Art.25 Przedawnienie

Roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Szczegółowe zasady przedawnienia określają przepisy polskiego Kodeksu Cywilnego.

Art.26 Powiadomienia, adresy

26.1. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu. Jeżeli strona Umowy Ubezpieczenia wyprowadzi się poza granice Polski, zobowiązana jest podać drugiej stronie Umowy Ubezpieczenia swój adres korespondencyjny w Polsce.
26.2. Za datę złożenia oświadczenia uznaje się chwilę, w której oświadczenie doszło do adresata w taki sposób, że mógł on zapoznać się z jego treścią.

Art.27 Właściwe prawo

Niniejsza Umowa Ubezpieczenia podlega prawu polskiemu.

Art.28 Regulacje podatkowe

28.1Do świadczeń ubezpieczeniowych z Umowy Ubezpieczenia stosuje się postanowienia art. 21 ust. 1 pkt. 4) Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991r.
28.2 Zgodnie z postanowieniami art. 831 § 3 Kodeksu Cywilnego świadczenie uzyskane z tytułu ubezpieczenia nie należy do masy spadkowej i w związku z tym nie jest opodatkowane podatkiem od spadków i darowizn zgodnie z art. 1 ustęp 1 pkt 1 Ustawy o podatku od spadków i darowizn z dnia 28 lipca 1983 roku.

Art.29 Informacje na temat OWU

Niniejsze OWU wchodzą w życie w dniu 15.12.2022

SOCIETE GENERALE
Insurance

Sogecap SA
Tour D2, 17 Bis Place Des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, Francja
www.assurances.societegenerale.com
Numer spółki 086 380 730 R.C.S Nanterre || Kapitał zakładowy: 1 168 305 450 EUR

Sogecap SA Oddział w Polsce
Plac Solny 16, 50-062 Wrocław, Polska
serwisklienta@societegenerale-insurance.pl || www.societegenerale-insurance.pl
NIP: 101-00-05-028, REGON: 021755877, KRS: 0000401163, Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

Sogessur SA
Tour D2, 17 Bis Place Des Reflets, 92919 Paris La Défense Cedex, Francja
www.assurances.societegenerale.com
Numer spółki 379 846 637 R.C.S Nanterre || Kapitał zakładowy: 33 825 000,00 EUR

Sogessur SA Oddział w Polsce
Plac Solny 16, 50-062 Wrocław, Polska
serwisklienta@societegenerale-insurance.pl || www.societegenerale-insurance.pl
NIP: 101-00-07-079, REGON: 360249597, KRS: 0000532682, Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego