



# Nota Ubezpieczeniowa Karta Metalowa

Wersja z 04/01/2024



Niniejsze Zawiadomienie informacyjne publikowane jest w ramach polisy ubezpieczeniowej grupowej **4091945** (zwanej dalej „Umową”):

- przez SOGEXIA, instytucję płatniczą z siedzibą pod adresem 55, Avenue de la Gare, L-1611 Luksemburg i zarejestrowaną w Luksemburgu (RCS nr B 233322), zwaną dalej „Sogexia” na rzecz Ubezpieczonych zgodnie z postanowieniami artykułów L141-1 i kolejnych Kodeksu Ubezpieczeniowego oraz zgodnie z warunkami i w granicach kwot wskazanych poniżej,
- i firmę ubezpieczeniową AIG Europe SA, zarejestrowaną w Luksemburgu (RCS nr B 218806), której siedziba znajduje się pod adresem 35 D Avenue John F. Kennedy, L-1855 Luksemburg i której oddział dla Francji mieści się pod adresem Tour CBX, 1 Passerelle des reflets, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463, zwaną dalej „Ubezpieczycielem”.

**Zalecamy zwrócenie szczególnej uwagi na wszystkie postanowienia wyróżnione pogrubioną czcionką: określają one w szczególności warunki, ograniczenia, lub wyłączenia gwarancji oraz obowiązki ciążące na Ubezpieczonych.**

Gwarancje objęte niniejszym zawiadomieniem dotyczą posiadaczy metalowych kart płatniczych („Kart metalowych”) wydanych przez Sogexia i są bezpośrednio związane z ważnością tych kart. Uwaga, zgłoszenie utraty lub kradzieży metalowej karty płatniczej nie zawiesza gwarancji.

Wszystkie terminy wyróżniające się podkreśleniem i pisownią z wielkiej litery są zdefiniowane poniżej.

## DEFINICJE

**Wypadek/Wskutek wypadku:** wszelkie niezamierzone obrażenia ciała odniesione przez Ubezpiezonego i wynikające z nagłego działania przyczyny zewnętrznej stwierdzonej medycznie.

**Ubezpieczony:** osoba fizyczna posiadacza Karty metalowej mająca swoje główne miejsce zamieszkania we Francji, w Unii Europejskiej lub w Monako.

**Beneficjent:**

- w przypadku śmierci Wskutek wypadku Ubezpiezonego: żyjący Współmałżonek Ubezpiezonego, w przypadku braku współmałżonka urodzone lub nienarodzone dzieci Ubezpiezonego lub w przypadku ich braku – ich spadkobiercy,
- w odniesieniu do wszystkich innych gwarancji: beneficjentem jest sam Ubezpieczony.

**Dobro zabezpieczone:** wszelkie zakupione nowe ruchomości o wartości zakupu powyżej 50 euro, w tym podatek, i finansowane w całości lub w części za pomocą Karty w trakcie Okresu obowiązywania gwarancji, z wyłączeniem: urządzeń pływających lub latających, lądowych pojazdów silnikowych i ich wyposażenia wewnętrznego lub zewnętrznego, rowerów, biżuterii, zegarków, luksusowych piór wiecznych i futer, gotówki, walut, sztabek złota i złotych monet, instrumentów zbywalnych, czeków podróży, dokumentów przewozowych i biletów na spektakle, dzieł sztuki, antyków i zamówionych na wymiar towarów, łatwo psujących się produktów żywnościowych, roślin naturalnych, żywych zwierząt i, ogólnie, mienia związanego z gruntem lub stającego się jego integralną częścią, a także mienia, które staje się integralną częścią jakiegokolwiek mieszkania lub stałej struktury, towarów objętych abonamentem lub usługą (takich jak telefon komórkowy, komputer), towarów zakupionych w celu odsprzedaży.

**Karta** ważna płatnicza „Karta metalowa” wydana przez Sogexia, której Ubezpieczony jest posiadaczem i do którego dołączone są gwarancje.

**Partner:** osoba żyjąca w konkubinacie lub która zawarła ważną Obywatelską Umowę Solidarności (PACS) z posiadaczem Karty.

Dowód wspólnego zamieszkiwania w konkubinacie zostanie przedstawiony w postaci notarialnego zaświadczenia dotyczącego wspólnego zamieszkiwania, wydanego przed datą Szkody.

Dowodem zawarcia Obywatelskiej Umowy Solidarności (PACS) będzie zaświadczenie wydane przez

sekretariat Sądu I Instancji, wystawione przed datą Szkody.

**Małżonek:** mąż lub żona Ubezpieczonego, którzy nie żyją w separacji prawnej, Konkubent mieszka pod tym samym adresem co Ubezpieczony.

**Konsolidacja:** data, z którą z medycznego punktu widzenia powiązane jest ustabilizowanie się stanu zdrowia osoby rannej lub chorej, pomimo powstania trwałych następstw.

**Przypadkowa szkoda:** każde całkowite lub częściowe zniszczenie Dobra zabezpieczonego, będące skutkiem zewnętrznego, nagłego i nieprzewidywalnego zdarzenia.

**Siła wyższa:** wszelkie nieprzewidywalne, nie do odparcia zewnętrzne zdarzenia, które całkowicie uniemożliwiają wykonanie Umowy w sposób zazwyczaj uznawany w orzecznictwie francuskich sądów i trybunałów.

**Franszyza integralna:**

- i. teoretyczny wskaźnik niepełnosprawności zgłoszony w Tabeli świadczeń w niniejszym Zawiadomieniu (Część II, Artykuł 1), powyżej którego Ubezpieczonemu przysługuje odszkodowanie w ramach gwarancji „Przypadkowe trwałe inwalidztwo”. Ubezpieczyciel nie zrekompensuje żadnego Trwałego inwalidztwa, którego wskaźnik jest mniejszy lub równy temu teoretycznemu wskaźnikowi niepełnosprawności.
- ii. Liczba godzin Hospitalizacji podana w Tabeli świadczeń w niniejszym zawiadomieniu (część II art. 1), poza którą Ubezpieczonemu przysługuje odszkodowanie z tytułu gwarancji „Hospitalizacja”. Ubezpieczyciel nie zrekompensuje żadnych Hospitalizacji, których czas trwania jest krótszy lub równy tej liczbie godzin.

**Szpital/Hospitalizacja:** zakład prawnie utworzony i uznany za placówkę służącą opiece i leczeniu osób chorych lub rannych będących pacjentami hospitalizowanymi za opłatą, i która:

- posiada zaplecze do diagnozowania i wykonywania operacji chirurgicznych oraz
- zapewnia całodobowe usługi pielęgniarskie świadczone przez państwowych dyplomowanych pielęgniarzy,
- jest pod opieką zespołu Medycznego.

**Nie jest szpitalem:** centrum opieki pielęgniarskiej, dom rekonwalescencji, zakład bezpiecznej opieki, dom starców, zakład dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania, sanatorium lub ośrodek leczenia alkoholików lub narkomanów, nawet jeśli znajduje się w tym samym miejscu.

**Trwałe inwalidztwo:** ostateczne zmniejszenie trwałych, całkowitych lub częściowych zdolności fizycznych lub umysłowych, które ocenia się po dokonaniu Konsolidacji według stopnia niepełnosprawności, z pominięciem konsekwencji o charakterze zawodowym.

**Lekarz:** absolwent kierunku lekarskiego prowadzonego na Wydziale Lekarskim, który widnieje w spisie wydziałów medycznych publikowanym przez Światową Organizację Zdrowia i który jest zatwierdzony przez właściwe władze medyczne kraju, w jakim prowadzone jest leczenie oraz wykonuje swój zawód na podstawie wydanego mu konkretnego zezwolenia oraz uzyskanego przez niego dyplomu.

**Okres obowiązywania gwarancji:** okres, w którym Ubezpieczony jest objęty Umową, tj. okres pomiędzy datą oznaczającą początek ważności Karty oraz (po ewentualnych przedłużeniach) datą jej rozwiązania lub wygaśnięcia.

**Szkoda:** zdarzenie, które może wprowadzić w życie jedną lub więcej gwarancji przewidzianych w Umowie.

**Przynależność terytorialna:** gwarancje Umowy są nabywane na **CAŁYM ŚWIECIE**, z wyjątkiem wszelkich Szkód mających miejsce w następujących krajach: **Białoruś, Korea Północna, Kuba, Iran, Doniecka Republika Ludowa (DRL), Ługańska Republika Ludowa (ŁRL), Rosja, Syria, Ukraina czy region Krymu.**

**Strona trzecia:** każda osoba inna niż Ubezpieczony, jego Małżonek, jego wstępni lub jego potomkowie, jego pracownicy.

**Kradzież:** oszukańcze sprzeniewierzenie cudzej rzeczy popełnione przez Stronę trzecią.

**Kradzież rozbójnicza:** Kradzież z użyciem przemocy fizycznej lub groźby wobec Ubezpieczonego.

**Kradzież z włamaniem:** Kradzież dokonana po sforsowaniu, wyłączeniu lub zniszczeniu zabezpieczenia zewnętrznego aktywnego w momencie Kradzieży:

- nieruchomości lub ruchomości,
- silnikowego pojazdu lądowego, pod warunkiem, że Dobro zabezpieczone nie jest widoczne z zewnątrz.

## CZĘŚĆ I: Gwarancje „Nieuczciwe użytkowanie” lub „Zakup”

### WARUNKI DOSTĘPU

O ILE NIE WSKAZANO INACZEJ, KORZYŚĆ Z GWARANCJI MOŻE BYĆ PRZYWOŁANA TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZONE ŚWIADCZENIE LUB DOBRO ZABEZPIECZONE ZOSTAŁO ROZLICZONE CAŁKOWICIE LUB CZĘŚCIOWO ZA POMOCĄ KARTY PRZED WYSTĄPIENIEM SZKODY I PODCZAS OKRESU OBOWIĄZYWANIA GWARANCJI.

### Artykuł 1 – GWARANCJE

#### 1.1 Gwarancja „Nieuczciwe użycie” w przypadku kradzieży lub zagubienia karty

**Przedmiot gwarancji:** zwrot Ubezpieczonemu za szkodę pieniężną poniesioną lub nieuregulowane obciążenie w przypadku płatności lub wypłaty dokonanej w sposób nieuczciwy przez Stronę trzecią za pomocą Karty zagubionej lub skradzionej, **w zakresie, w jakim występują takie nieuczciwe transakcje, podczas Okresu obowiązywania gwarancji między momentem utraty lub Kradzieży Karty a otrzymaniem przez SOGEXIA potwierdzenia zastrzeżenia Karty zagubionej lub skradzionej.**

**Maksymalna gwarantowana kwota:** Karta bankomatowa i/lub karta płatnicza: **3 000 euro** na Ubezpieczonego i na rok kalendarzowy.

#### 1.2 Gwarancja „Zakup”

**Przedmiot gwarancji:** zwrot Ubezpieczonemu:

- w przypadku Kradzieży z włamaniem lub Kradzieży rozbójniczej ceny zakupu Dobra zabezpieczonego wraz z podatkiem VAT tego dobra;
- w przypadku niezamierzonego uszkodzenia Dobra zabezpieczonego – kosztu naprawy wraz z podatkiem VAT lub ceny jego zakupu wraz z podatkiem VAT, jeżeli koszty te są wyższe niż cena zakupu Dobra zabezpieczonego lub jeśli nie można go naprawić.

w sytuacji, gdy Kradzież z włamaniem lub Kradzież rozbójnicza lub Szkoda niezamierzona ma miejsce w ciągu 30 dni od zakupu Dobra zabezpieczonego lub jego dostawy z użyciem Karty.

**Maksymalna gwarantowana kwota:** **1500 euro** na Ubezpieczonego i na rok kalendarzowy.

### Artykuł 2 – WYŁĄCZENIA

PODLEGAJĄ WYŁĄCZENIU W RAMACH WSZYSTKICH GWARANCJI OPISANYCH W ARTYKULE 1 POWYŻEJ:

- SKZODY ZE WZGLĘDU NA WADE CELOWĄ LUB OSZUKAŃCZĄ UBEZPIECZONEGO, JEGO MAŁŻONKA, JEGO WSTĘPNYCH, JEGO POTOMKÓW, JEGO PRACOWNIKÓW;
- KAŻDY UBEZPIECZONY LUB BENEFICJENT WYMENIONY W JAKIEJKOLWIEK BAZIE DANYCH (URZĘDOWEJ LUB POLICYJNEJ) OSÓB ZWIĄZANYCH LUB PODEJRZEWANYCH O TERRORYZM, HANDLUJĄCYCH NARKOTYKAMI LUB ZAANGAŻOWANYCH W HANDEL LUDŹMI, LUB PODEJRZEWANYCH LUB ZAANGAŻOWANYCH W NIELEGALNY HANDEL BRONIĄ JĄDROWĄ, CHEMICZNĄ LUB BIOLOGICZNĄ, W RAMACH HANDLU LUDŹMI, LUB UPRAWIAJĄCYCH PIRACTWO, CYBERPRZESTĘPCZOŚĆ, PRZESTĘPCZOŚĆ ZORGANIZOWANĄ LUB DZIAŁALNOŚĆ NARUSZAJĄCĄ PRAWA CZŁOWIEKA.

Z GWARANCJI ZAKUPU WYŁĄCZONE SĄ RÓWNIEŻ:

- WADY WEWNĘTRZNE, WADY WYNIKAJĄCE Z NORMALNEGO UŻYTKOWANIA, AWARIE LUB WADY PRODUKCYJNE DOBR ZABEZPIECZONYCH;

- ii. **NIEPRZESTRZEGANIE WARUNKÓW UŻYTKOWANIA DOBRA ZABEZPIECZONEGO, ZALECANYCH PRZEZ PRODUCENTA LUB DYSTRYBUTORA TEGO DOBRA.**

### Artykuł 3 – W PRZYPADKU SZKODY

Ubezpieczony musi, pod rygorem utraty, zgłosić Ubezpieczycielowi, z chwilą uzyskania odnośnych informacji, a najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych, fakt wystąpienia Szkody o charakterze powodującym zastosowanie gwarancji „Nieuczciwe wykorzystanie” lub „Zakup” – pocztą elektroniczną na następujący adres:

declarations.programmedefidelisation@aig.com

Okres zgłoszenia ulega skróceniu do 2 dni w przypadku Kradzieży.

W przypadku niedotrzymania terminu zgłoszenia Szkody oraz, o ile Ubezpieczyciel ustali, że zwłoka w zgłoszeniu spowodowała stratę, Ubezpieczony traci w odniesieniu do rozpatrywanej Szkody korzyści związane z gwarancją Umowy, o ile opóźnienie to nie jest spowodowane przez zdarzenie losowe lub przez Siłę wyższą.

Wszelkie oszustwa, ukrywanie lub celowe wprowadzanie w błąd ze strony Ubezpieczonego, mające na celu wprowadzenie Ubezpieczyciela w błąd co do okoliczności lub konsekwencji Szkody, pociąga za sobą utratę wszelkich praw do odszkodowania z tytułu tej Szkody.

- i. **Dokumenty uzasadniające, które należy dostarczyć Ubezpieczycielowi:**

**Ubezpieczyciel będzie bezwzględnie potrzebował:**

- **We wszystkich przypadkach:**
  - ✓ Numeru umowy
  - ✓ Pełnego numeru konta bankowego Ubezpieczonego,
  - ✓ Pisemnego oświadczenia określającego okoliczności Szkody, nazwisk świadków, tożsamości organu spisującego protokół (o ile dotyczy) oraz numeru nadawczego,
  - ✓ ewentualnie kopii zażalenia.
- **w przypadku gwarancji 1.1 „Nieuczciwe użycie”:**
  - ✓ dokumentu z elektronicznego centrum płatności, na którym widnieje kwota operacji dokonanych przed zgłoszeniem zastrzeżenia, którego koszt ewentualnie obciąża Ubezpieczonego.
- **w przypadku gwarancji 1.2 „Zakup”:**
  - ✓ dokumentu identyfikującego zakupione Dobro zabezpieczone wraz z jego ceną i datą zakupu (faktury lub paragonu),
  - ✓ dowodu zakupu Dobra zabezpieczonego z użyciem Karty, takiego jak paragon, wyciąg z konta lub wyciąg z Karty,
  - ✓ w przypadku Niezamierzonego uszkodzenia – kosztorysu lub faktury naprawy uszkodzonego Dobra zabezpieczonego lub zaświadczenia od sprzedawcy określającego charakter szkody i poświadczającego, że Dobro zabezpieczone jest nie do naprawienia, jak również dowodu poświadczającego Związany z wypadkiem charakter szkody.

- ii. **Postępowanie Ubezpieczonego**

**Ponadto pod rygorem przepadku (z wyjątkiem zdarzeń losowych lub działania Siły wyższej) Ubezpieczony musi:**

- **w przypadku gwarancji 1.1 „Nieuczciwe użycie”:**
  - ✓ gdy tylko dowie się o stracie lub Kradzieży jego Karty:
    - niezwłocznie zgłosić zastrzeżenie zainteresowanym wystawcom,
    - jak najszybciej potwierdzić to zastrzeżenie na piśmie,
    - w przypadku Kradzieży: jak najszybciej złożyć skargę do właściwych organów policji i w miarę możliwości zebrać wszelkie zeznania (pisemne, datowane i podpisane zeznanie od świadka, zawierające jego nazwisko, imiona, datę i miejsce urodzenia, adres i zawód),
  - ✓ gdy tylko zauważy obciążenie transakcji przeprowadzonych oszukańczo przy użyciu jego zgubionej lub skradzionej Karty, jak najszybciej złożyć skargę z tytułu nieuczciwego użycia.
  
- **w przypadku gwarancji 1.2 „Zakup”:**
  - ✓ w odniesieniu do Kradzieży z włamaniem lub Kradzieży rozbójniczej: jak najszybciej złożyć skargę do właściwych organów policji,
  - ✓ w przypadku Kradzieży rozbójniczej: zebrać wszelkie zeznania (pisemne, opatrzone datą i podpisane przez świadka, zawierające jego nazwisko, imiona, datę i miejsce urodzenia, adres i zawód) i/lub dołączyć zaświadczenie lekarskie.

Bardziej ogólnie, Ubezpieczony musi przedłożyć Ubezpieczycielowi wszelkie wymagane przez niego dokumenty, gdy obiektywna konieczność wymaga spełnienia warunków gwarancji.

#### Artykuł 4 – ROZLICZENIE SZKODY

Wszelkie odszkodowania wypłacone w ramach gwarancji 1.1 „Oszukańcze użycie” lub w ramach gwarancji 1.2 „Zakup” zostaną wypłacone przelewem na konto Ubezpieczonego w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania przez Ubezpieczyciela wszystkich dokumentów uzasadniających.

## CZĘŚĆ II: Gwarancje „Wypadek indywidualny”

### Artykuł 1 – GWARANCJE

Tabela gwarancji:

Charakter gwarancji	Maksymalna wysokość	Przynależność terytorialna
<b>PEŁNA W ODNIESIENIU DO ZDARZENIA</b> Ubezpieczeniowe ryzyka lotnicze Ubezpieczeniowe ryzyka lądowe	300 000 euro 500 000 euro	Na całym świecie z wyjątkiem wszelkich Szkód występujących w następujących krajach: Białoruś, Kuba, Iran, Doniecka Republika Ludowa (DNR), Ługańska Republika Ludowa (ŁNR), Rosja, Korea Północna, Syria, Ukraina lub region Krymu
<b>ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU</b>	25 000 euro na Ubezpieczonego	
<b>TRWAŁE INWALIDZTWO WSKUTEK WYPADKU</b> Kapitał podlegający redukcji w przypadku częściowego trwałego inwalidztwa według Stawki Wypadek przy pracy – pojęcie określone zgodnie z ustawą z dnia 30 października 1946 r. Zastosowanie zwolnienia w wysokości 10%	25 000 euro na Ubezpieczonego	
<b>HOSPITALIZACJA W KONSEKWENCJI WYPADKU (średnie miesięczne wydatki na Kartę z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających Szkodę)</b> Zastosowanie zwolnienia odpowiadającego okresowi 72 godzin	Maksymalnie 750 euro Maksymalnie raz w roku	

Gwarancje te są nabywane tylko wtedy, gdy **Wypadek** jest powiązany ze zdarzeniem objętym gwarancją, jak określono poniżej.

#### 1.1 Gwarancja „Śmierć wskutek wypadku”:

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła natychmiast lub w ciągu 2 lat po objęciu gwarancją Wypadku, jaki wydarzył się podczas Okresu obowiązywania gwarancji Ubezpieczyciel wypłaci Beneficjentowi(-om) świadczenie z tytułu śmierci, wskazane w Tabeli świadczeń powyżej.

Wpłata kapitału zostanie dokonana natychmiast po zakończeniu dochodzenia przez Ubezpieczyciela w sprawie, co umożliwi ustalenie przyczyny śmierci związanej bezpośrednio z Wypadkiem.

Przypadek zaginięcia Ubezpieczonego:

W przypadku zaginięcia Ubezpieczonego, jeśli można domniemywać, że zmarł on w wyniku Wypadku objętego gwarancją na koniec okresu 365 dni, o ile nie zostanie zadeklarowane ono przez właściwy organ, kapitał gwarantowany widniejący w Tabeli świadczeń jest wpłacany na rzecz Beneficjentów. Wspomniani Beneficjenci są zobowiązani do podpisania umowy określającej, że jeżeli później okaże się, iż Ubezpieczony żyje, otrzymane odszkodowanie zostanie zwrócone Ubezpieczycielowi.

#### 1.2 Gwarancja „Trwałe inwalidztwo wskutek wypadku”

Jeśli Ubezpieczony stał się ofiarą Wypadku objętego gwarancją, który wydarzył się podczas Okresu obowiązywania gwarancji i zostało medycznie ustalone jego Trwałe inwalidztwo częściowe lub całkowite, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu kwotę obliczoną na podstawie kapitału wskazanego w powyższej Tabeli świadczeń, pomnożonego przez wskaźnik Niepełnosprawności Ubezpieczonego, ustalony zgodnie ze skalą niepełnosprawności wskazaną w powyższej Tabeli świadczeń i pomniejszoną (jeśli dotyczy) o



Zwolnienie względne.

Ubezpieczony nie może żądać odszkodowania zanim nie zostanie ostatecznie uznane jego Trwałe inwalidztwo, tj. przed Konsolidacją.

Jednak po pierwszym badaniu lekarskim przeprowadzonym przez Lekarza eksperta, powołanego przez Ubezpieczyciela na podstawie wybranej skali, Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu na jego wniosek zaliczkę w wysokości połowy minimalnego odszkodowania, które mogłoby mu przysługiwać w dniu dokonania Konsolidacji.

### 1.3 Gwarancja „Hospitalizacja”

Jeśli Ubezpieczony stał się ofiarą Wypadku objętego gwarancją, który wydarzył się podczas Okresu obowiązywania gwarancji oraz diagnoza wymaga przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala w charakterze pacjenta, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu kwotę, której maksymalna wysokość określona jest w „Tabeli świadczeń”. Kwota ta odpowiada średnim miesięcznym wydatkom zrealizowanym za pomocą Karty.

Aby móc uruchomić gwarancję, czas trwania Hospitalizacji musi przekraczać 72 godziny.

## Artykuł 2 – WARUNKI DZIAŁANIA GWARANCJI

**Niekumulowanie odszkodowań:**

Nie każdy Wypadek daje prawo do skumulowanej wypłaty świadczeń z tytułu śmierci wskutek Wypadku oraz częściowego lub całkowitego Trwałego inwalidztwa wskutek wypadku. Jednakże, jeżeli po otrzymaniu odszkodowania wynikającego z całkowitego lub częściowego Trwałego inwalidztwa następującego po Wypadku objętym gwarancją, Ubezpieczony zmarł w ciągu 2 lat od daty Wypadku i w konsekwencji tego Wypadku, Ubezpieczyciel zapłaci Beneficjentowi kwotę przewidzianą na wypadek śmierci wskutek Wypadku po potrąceniu odszkodowania już wypłaconego w ramach Trwałego inwalidztwa wskutek wypadku.

**Skala inwalidztwa:**

Stawkę dla Trwałego inwalidztwa ustala się wyłącznie według skali inwalidztwa dotyczącego „Wypadków przy pracy”, określonej zgodnie z ustawą z dnia 30 października 1946 r.

W każdym razie w przypadku Trwałego inwalidztwa niewymienionego w powyższej skali będzie wypłacona rekompensata proporcjonalnie do jego wagi w porównaniu z wymienionymi przypadkami.

Jeśli medycznie ustalono, że Ubezpieczony jest leworęczny, stawka dla Trwałego inwalidztwa przewidziana dla prawej kończyny górnej będzie dotyczyć kończyny lewej i odwrotnie.

Jeśli kilka obrażeń lub Trwałe inwalidztwo dotyczy tej samej kończyny lub narządu, ustalona stawka dla inwalidztwa nie może być wyższa niż w przypadku całkowitego braku możliwości używania tej kończyny lub narządu. Jeśli kilka kończyn lub narządów ucierpiało w wyniku tego samego Wypadku, stawka dla inwalidztwa zostanie skumulowana, jednak nie może przekroczyć 100%.

Przy określaniu wartości procentowej Trwałego inwalidztwa całe Trwałe inwalidztwo istniejące zanim wydarzył się Wypadek, zostanie odliczone od tej wartości procentowej.

**Maksymalna gwarantowana kwota**

W odniesieniu do Wypadku podlegającego gwarancji i spowodowanego przez to samo zdarzenie i

skutkującego śmiercią wskutek Wypadku lub Trwałym inwalidztwem spowodowanym przez wypadek kilku Ubezpieczonych, zobowiązanie Ubezpieczyciela będzie ograniczone do maksymalnej gwarantowanej kwoty wymienionej w powyższej Tabeli świadczeń, pod nagłówkiem „Pełna kwota dla zdarzenia”.

Jeśli kumulacja świadczeń z tytułu śmierci w wyniku Wypadku oraz Trwałego inwalidztwa przekroczy pełną kwotę na dane zdarzenie, odszkodowanie zostanie zmniejszone i wypłacone proporcjonalnie do liczby ofiar Ubezpieczonych i proporcjonalnie do korzyści, które byłyby im należne w przypadku braku pułapu.

### Artykuł 3 – WYŁĄCZENIA

Z KORZYŚCI ZE WSZYSTKICH GWARANCJI NA „WYPADEK INDYWIDUALNY” SĄ ZAWSZE WYŁĄCZONE:

- a) **SZKODY WYNIKAJĄCE Z OBRAŻEŃ SPOWODOWANYCH BEZPOŚREDNIO LUB POŚREDNIO, CZĘŚCIOWO LUB CAŁKOWICIE PRZEZ:**
- KAŻDĄ FORMĘ CHOROBY,
  - WSZYSTKIE ZAKAŻENIA BAKTERYJNE,
  - INTERWENCJE MEDYCZNE LUB CHIRURGICZNE, Z WYŁĄCZENIEM SYTUACJI ZWIĄZANYCH Z WYPADKIEM OBJĘTYM GWARANCJĄ.
- b) **SZKODY SPOWODOWANE:**
- LUB CELOWO SPROWOKOWANE PRZEZ UBEZPIECZONEGO, JEGO MAŁŻONKA, JEGO WSTĘPNYCH, JEGO POTOMKÓW, JEGO PRACOWNIKÓW LUB DOWOLNYCH BENEFICJENTÓW,
  - Z POWODU UŻYCIA NARKOTYKÓW LUB SUBSTANCJI ANALOGICZNYCH, LEKÓW, PO PODDANIU SIĘ ZABIEGOM NIEZALECANYM PRZEZ UPOWAŻNIONE WŁADZE MEDYCZNE,
  - SPOWODOWANE STANEM UBEZPIECZONEGO WSKAZUJĄCYM NA SPOŻYCIE ALKOHOLU, GDY STĘŻENIE ALKOHOLU W JEGO KRWI BĘDZIE RÓWNE LUB WYŻSZE NIŻ WARTOŚĆ ZDEFINIOWANA W PRAWIE O RUCHU DROGOWYM.
- c) **SZKODY WYNIKOWE SPOWODOWANE PRZEZ:**
- PRZEWLEKŁY LUB OSTRY ALKOHOLIZM UBEZPIECZONEGO,
  - SAMOBÓJSTWO LUB PRÓBĘ SAMOBÓJSTWA UBEZPIECZONEGO,
  - WSZELKIE ZABURZENIA NEUROPSYCHICZNE, PSYCHICZNE LUB PSYCHOSOMATYCZNE,
  - STAN DEPRESJI LUB JAKIEKOLWIEK OBJAWY UZASADNIAJĄCE KONIECZNOŚĆ LECZENIA NEUROPSYCHIATRYCZNEGO,
  - NIEZGODĘ UBEZPIECZONEGO NA LECZENIE LUB PODDAWANIE SIĘ ZABIEGOM MEDYCZNYM,
  - JAKIEKOLWIEK USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I ICH KONSEKWENCJE,
  - AKTYWNE UCZESTNICTWO UBEZPIECZONEGO W STRAJKACH, ZAMIESZKACH, RUCHACH PROTESTACYJNYCH, BÓJKACH, AKTACH TERRORYZMU LUB SABOTAŻU, WOJNIE ZAGRANICZNEJ LUB WOJNIE DOMOWEJ, W PRZESTĘPSTWIE LUB CZYNIE KARALNYM, LUB WYNIKAJĄCYM Z DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO W REZULTACIE DOKONYWANIA ZAKŁADÓW,
  - ZARZĄDZANIE PRZEZ UBEZPIECZONEGO DOWOLNYM URZĄDZENIEM NAWIGACJI LOTNICZEJ LUB JEGO OBECNOŚCI JAKO PASAŻERA W DOWOLNYM URZĄDZENIU NAWIGACJI LOTNICZEJ, Z WYŁĄCZENIEM SAMOLOTÓW LINII PASAŻERSKICH,
  - BEZPOŚREDNIE LUB POŚREDNIE SKUTKI RADIOAKTYWNOŚCI,
  - JAKIKOLWIEK KONTAKT Z SUBSTANCJAMI JĄDROWYMI, CHEMICZNYMI LUB BIOLOGICZNYMI, LUB SKAŻENIE NIMI
  - ATAK PADACZKI LUB DELIRIUM TREMENS, LUB KRWOTOK PODPAJĘCZYNÓWKOWY,
  - ZAWODOWE UPRAWIANIE SPORTU ZARÓWNO PODCZAS ZAWODÓW OFICJALNYCH, JAK I NIEOFICJALNYCH, A TAKŻE PODCZAS TRENINGÓW,
  - UCZESTNICTWO UBEZPIECZONEGO W SPORTACH UZNANYCH ZA

NIEBEZPIECZNE, TAKICH JAK: SPADOCHRONIARSTWO, JAZDA KONNA, SKOKI NARCIARSKIE, ALPINIZM, WSPINACZKA GÓRSKA, SPELEOLOGIA, SKOKI NA BUNGEE, NURKOWANIE,

- UŻYWANIE 2- LUB 3-KOŁOWEGO POJAZDU LĄDOWEGO O POJEMNOŚCI CYLINDRÓW PRZEKRACZAJĄCEJ 125 CM<sup>3</sup> ORAZ UDZIAŁ W JAKIKOLWIEK PRÓBACH BICIA REKORDÓW,
- PODRÓŻ NA POKŁADZIE SAMOŁOTU WYNAJMOWANEGO PRZEZ UBEZPIECZONEGO DO CELÓW PRYWATNYCH LUB ZAWODOWYCH,
- UCZESTNICTWO W ĆWICZENIACH WOJSKOWYM LUB W OPERACJACH WOJSKOWYCH ORAZ PODCZAS WYKONYWANIA SŁUŻBY PAŃSTWOWEJ,
- UCZESTNICTWO W ZAWODACH POJAZDÓW SILNIKOWYCH ORAZ SESJACH PRÓBNYCH (Z WYŁĄCZENIEM RAJDÓW TURYSTYCZNYCH II KATEGORII).

#### Artykuł 4 – W PRZYPADKU SZKODY

Ubezpieczony lub Beneficjent musi, pod rygorem przepadku, zgłosić Ubezpieczycielowi, gdy tylko dowie się o danym fakcie, a najpóźniej w ciągu 15 dni roboczych, każdą Szkodę o charakterze mogącym mieć wpływ na gwarancje Umowy, na następujący adres:

AIG EUROPE SA  
Tour CBX Département Indemnisations – Assurance de Personnes 1 Passerelle des reflets  
92400 COURBEVOIE

W przypadku niedotrzymania terminu zgłoszenia Szkody oraz o ile Ubezpieczyciel ustali, że zwłoka w zgłoszeniu przyczyniła się do jego straty, Ubezpieczony traci odnośnie do rozpatrywanej Szkody korzyści związane z gwarancjami Umowy, o ile opóźnienia nie spowodowała przyczyna losowa lub działanie Siły wyższej.

Dokumenty uzasadniające, które należy dostarczyć Ubezpieczycielowi:

- We wszystkich przypadkach Ubezpieczyciel będzie bezwzględnie potrzebował następujących elementów:
  - ✓ Numeru umowy
  - ✓ Pisemnego oświadczenia określającego okoliczności Wypadku, nazwisk świadków, tożsamości organu spisującego protokół (w przypadku przesłania protokołu) oraz numeru nadawczego,
  - ✓ Wstępnego zaświadczenia lekarskiego opisującego charakter obrażeń, zawierającego dokładną diagnozę i określającego datę Wypadku lub zdarzenia, które go spowodowało.
  - ✓ Jeśli był to Wypadek drogowy, należy określić, czy Ubezpieczony był kierowcą czy pasażerem pojazdu.
  - ✓ Pełnego numeru konta bankowego Ubezpieczonego lub Beneficjanta (beneficjentów).
- Ponadto Ubezpieczyciel będzie potrzebował następujących dokumentów w zależności od przywołanych gwarancji:
  - ✓ w przypadku gwarancji 1.1 „Śmierć wskutek wypadku”:
    - w przypadku zaginięcia dającego podstawę do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku, oświadczenia właściwych organów lub dowodu zdarzenia, który mógłby prowadzić do domniemania zaginięcia Ubezpieczonego i wynikającego z tego prawdopodobieństwa śmierci,
    - zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego przyczynę śmierci naturalną lub wskutek wypadku,
    - dokumentów prawnych określających charakter Beneficjanta (beneficjentów) (aktu

poświadczenia dziedziczenia) oraz podania nazwiska i adresu notariusza odpowiedzialnego za przeprowadzenie sprawy spadkowej.

- ✓ **w przypadku gwarancji 1.2 „Trwałe inwalidztwo wskutek wypadku”**
  - zaświadczenia lekarskiego do celu Konsolidacji, umożliwiającego Ubezpieczycielowi zlecenie przeprowadzenia ekspertyzy medycznej, która stworzy podstawy do ustalenia stawki dla Trwałego inwalidztwa.
- ✓ **w przypadku gwarancji 1.3 „Hospitalizacja”:**
  - biuletynu Hospitalizacji,
  - 3 ostatnich wyciągów miesięcznych z rachunku bankowego powiązanego z Kartą.

Oraz, bardziej ogólnie, każdego dokumentu wymaganego przez Ubezpieczyciela, obiektywnie i bezwzględnie koniecznego w celu wykazania spełnienia warunków gwarancji.

## Artykuł 5 – ROZLICZENIE SZKODY

### ➤ Ocena szkody:

Ubezpieczony lub Beneficjent zobowiązuje się dostarczyć Ubezpieczycielowi wszelkie dokumenty umożliwiające ocenę, czy zgłoszona Szkada mieści się w zakresie wnioskowanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku gdy Ubezpieczony lub Beneficjent odmawia bez ważnego powodu przekazania tych dokumentów lub poddania się badaniu lekarskiemu przez Lekarza eksperta upoważnionego przez Ubezpieczyciela i jeśli po otrzymaniu zawiadomienia z 48-godzinnym wyprzedzeniem listem poleconym nadal podtrzymuje odmowę, Ubezpieczony lub Beneficjent zostanie pozbawiony jakiegokolwiek prawa do odszkodowania.

Jeżeli dodatkowe dokumenty medyczne lub jakiegokolwiek inne dokumenty uzupełniające okażą się konieczne, Ubezpieczony lub Beneficjent zostanie osobiście powiadomiony o tym pocztą.

### ➤ Pogorszenie stanu zdrowia niezależne od okoliczności związanych z wypadkiem lub stanem patologicznym:

Jeżeli konsekwencje Wypadku stały się poważniejsze z powodu wcześniejszej ogólnej kondycji spowodowanej uprzednią niechęcią Ubezpieczonego do poddania się opiece medycznej wymaganej przez jego stan zdrowia lub odmową czy też zaniedbaniem, odszkodowanie będzie obliczane nie na podstawie rzeczywistych skutków, lecz na podstawie skutków, które wystąpiłyby w przypadku osoby, której stan zdrowia uznaje się za normalny, poddawanej racjonalnemu i właściwemu leczeniu.

### ➤ Ekspertyza:

W przypadku braku porozumienia między stronami, każda z nich wybiera biegłego. Jeżeli powołani w ten sposób biegli nie wyrażą zgody, trzeciego biegłego powołuje Prezes Sądu właściwego dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Powołanie to odbywa się na zwykłą prośbę strony najbardziej zainteresowanej, zgłoszoną najwcześniej 15 dni po wysłaniu drugiej stronie listu poleconego za potwierdzeniem odbioru, zawierającego formalne zawiadomienie.

Każda ze stron pokrywa koszt wynagrodzenia swojego biegłego oraz, w stosownych przypadkach, połowę honorarium biegłego zewnętrznego oraz koszty jego powołania.

Do czasu rozstrzygnięcia sporu przez zewnętrznego eksperta nie można podjąć żadnych działań przeciwko Ubezpieczycielowi.

### ➤ Cykl rozrachunkowy:

Odszkodowanie jest płatne bez odsetek w ciągu 15 dni od jego ustalenia, z wyjątkiem gwarancji

---

„Hospitalizacja”, dla której kapitał ryczałtowy zostanie wypłacony dopiero po upływie maksymalnego okresu trzech miesięcy po opuszczeniu Szpitala, z zastrzeżeniem dostarczenia wszystkich dokumentów uzasadniających.

**Wypłata odszkodowania jest ostateczna i zwalnia Ubezpieczyciela z wszelkich dalszych regresów związanych ze Szkodą lub jej konsekwencjami.**

## CZĘŚĆ III: POSTANOWIENIA OGÓLNE

### Artykuł 1 – ZAŻALENIA

W przypadku niezadowolenia z prowadzenia sprawy Ubezpieczony lub Beneficjent może skontaktować się z Ubezpieczycielem, zwracając się do swojego zwyczajowego opiekuna ubezpieczeniowego lub do działu obsługi klientów pod następującym adresem:

AIG - Tour CBX 1 Passerelle des reflets 92400 Courbevoie

Wnioskodawca musi wskazać numer Umowy, który widnieje na początku niniejszego zawiadomienia, a także numer Karty oraz przedmiot zażalenia.

Ubezpieczyciel zobowiązuje się potwierdzić wpłynięcie zażalenia w ciągu 5 (pięciu) dni roboczych i udzielić odpowiedzi nie później niż 30 (trzydzieści) dni od dnia wpłynięcia zażalenia (z wyjątkiem szczególnych okoliczności, o których Ubezpieczony lub Beneficjent będzie na bieżąco informowany).

Jeżeli wnioskodawcą jest osoba fizyczna działająca w celach niezawodowych, a spór utrzymuje się po udzieleniu odpowiedzi przez francuski oddział Ubezpieczyciela, wnioskodawca może skontaktować się z francuskim Rzecznikiem ds. Ubezpieczeń pocztą tradycyjną na adres: La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, lub pocztą elektroniczną na adres [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org), lub wypełniając formularz online dostępny na stronie [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

Z uwagi na to, że AIG Europe SA jest luksemburskim towarzystwem ubezpieczeniowym, jeśli po odpowiedzi udzielonej przez francuski oddział Ubezpieczyciela spór pozostaje nadal nierozstrzygnięty, lub gdy po upływie 90 dni brak jest takiej odpowiedzi, zainteresowana osoba fizyczna może również:

1. wysłać pisemną reklamację do siedziby Ubezpieczyciela pocztą tradycyjną na adres AIG Europe SA „Service Reclamation Level Direction”, 35D avenue John F. Kennedy, L-1855 Luksemburg lub pocztą elektroniczną na adres: [aigeurope.luxcomplaints@aig.com](mailto:aigeurope.luxcomplaints@aig.com);
2. skontaktować się z jedną z luksemburskich organizacji mediacyjnych, której dane kontaktowe widnieją na stronie internetowej siedziby Ubezpieczyciela pod następującym adresem <https://aig.lu>; lub
3. złożyć odwołanie pozasądowe do Commissariat Aux Assurances luxembourgeois (CAA) pocztą tradycyjną na adres CAA, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luksemburg lub faksem na adres CAA pod numerem +352 22 69 10, lub pocztą elektroniczną na adres [reclamation@caa.lu](mailto:reclamation@caa.lu), albo online na stronie CAA <https://www.caa.lu>.

Żaden ze środków polubownych, o których mowa powyżej, nie może naruszać prawa osoby zainteresowanej do wniesienia powództwa.

Polityka Ubezpieczyciela w zakresie satysfakcji klienta dostępna jest na jego stronie internetowej pod adresem: <https://www.aig.com>.

### Artykuł 2 – PRZEDAWNIE NIE

Zgodnie z postanowieniami art. L114-1 i kolejnymi Kodeksu ubezpieczeń wszelkie czynności wynikające z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu po upływie dwóch lat od zdarzenia będącego ich przyczyną. W drodze wyjątku, powództwa wynikające z umowy ubezpieczenia dotyczące szkód powstałych w wyniku osuwisk terenu spowodowanych suszą i ponownym nawodnieniem gleby, uznanych za klęskę żywiołową na warunkach przewidzianych w art. L. 125-1 Kodeksu ubezpieczeniowego ulegają przedawnieniu po upływie pięciu lat od zdarzenia będącego ich przyczyną.

Jednak bieg przedawnienia zostaje przerwany:

- w przypadku przemilczenia, zaniechania, fałszywego lub niedokładnego oświadczenia o poniesionym ryzyku, w dniu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o tego typu faktach;
- w odniesieniu do Szkody, w dniu, w którym osoby zainteresowane dowiedziały się o podobnych faktach, jeśli udowodnią, że do tego czasu nie były tego świadome.

Jeśli działanie Ubezpieczonego przeciwko Ubezpieczycielowi wynika z odwołania się strony trzeciej, bieg przedawnienia rozpoczyna się dopiero od dnia, w którym ta strona trzecia podjęła kroki prawne przeciwko Ubezpieczonemu lub Ubezpieczony wynagrodził jej szkodę.

W umowach ubezpieczenia termin przedawnienia przedłuża się do dziesięciu lat w odniesieniu do Wypadków dotyczących osób, gdy Beneficjenci są spadkobiercami zmarłego Ubezpieczonego.

Bieg przedawnienia zostaje przerwany:

- z powodu jednej ze zwykłych przyczyn przerwania przedawnienia, którymi mogą być:
  - wszelkie wnioski prawne, w tym podjęte w drodze postępowania uproszczonego, dowolne polecenie służbowe, zajęcie lub przymusowe zastosowanie środka zabezpieczającego lub egzekucyjnego skierowane do osoby, której należy uniemożliwić przedawnienie, zgodnie z art. 2241 do 2244 Kodeksu Cywilnego;
  - jednoznaczne uznanie prawne Ubezpieczonego przez Ubezpieczyciela lub jakiegokolwiek uznanie zadłużenia Ubezpieczonego wobec Ubezpieczyciela zgodnie z art. 2240 Kodeksu Cywilnego;
  - wszelkie wnioski prawne lub środki egzekucji przymusowej zastosowane przeciwko dłużnikowi solidarnemu, wszelkie uznanie prawne Ubezpieczonego przez Ubezpieczyciela lub uznanie długu przez jednego z dłużników solidarnych przerywa bieg przedawnienia w odniesieniu do wszystkich współdłużników i ich spadkobierców, zgodnie z artykułem 2245 Kodeksu Cywilnego;
- a także w przewidzianych w artykule L114-2 Kodeksu Ubezpieczeniowego przypadkach takich jak:
  - każde powołanie biegłego w wyniku Szkody;
  - każde wysłanie listu poleconego lub elektronicznej przesyłki poleconej za potwierdzeniem odbioru przez:
    - Ubezpieczyciela do Sogexia popierającej w sprawie nieopłacenia składek;
    - Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela w sprawie uregulowania odszkodowania.

W drodze odstępstwa od art. 2254 Kodeksu Cywilnego oraz zgodnie z art. L114-3 Kodeksu Ubezpieczeń, strony umowy ubezpieczenia nie mogą, nawet za obopólną zgodą, zmienić czasu trwania przedawnienia, ani zgłaszać kolejnych przyczyn zawieszenia lub przerwania przedawnienia.

### Artykuł 3 – OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Ubezpieczyciel jako administrator danych na podstawie Rozporządzenia Europejskiego 2016/679 o ochronie danych osobowych zobowiązuje się do ochrony danych osobowych swoich klientów, ubezpieczonych i partnerów zgodnie z tym rozporządzeniem. Dane osobowe gromadzone przez Ubezpieczyciela są zbierane w celu umożliwienia (zautomatyzowanej lub nie) subskrypcji oraz obsługi umów ubezpieczenia i szkód. Ubezpieczyciel może również wykorzystywać zebrane dane osobowe w kontekście zapobiegania przestępczości (w szczególności w walce z oszustwami i praniem pieniędzy). Ubezpieczyciel może przekazywać dane osobowe swoim spółkom z grupy, usługodawcom i innym stronom trzecim w tych samych celach. Dane osobowe mogą być przekazywane za granicę, w tym do krajów nienależących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Transfery te są regulowane odpowiednimi gwarancjami, w szczególności umownymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami europejskimi. Zainteresowane osoby mają określone prawa dotyczące ich danych osobowych, w szczególności prawa dostępu, sprostowania, ograniczenia użytkowania, sprzeciwu, usunięcia lub przenoszalności. Dodatkowe informacje dotyczące wykorzystywania danych osobowych przez Ubezpieczającego oraz praw osób, których dane dotyczą, dostępne są na stronie <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>.

Każda zainteresowana osoba może skontaktować ze swoich praw korespondencyjnie, pisząc na adres: AIG Service Conformité, Tour CBX – 1 Passerelle des Reflets - 92040 Paris La Défense Cedex lub za pośrednictwem wiadomości e-mail przesłanej na adres [donneespersonnelles.fr@aig.com](mailto:donneespersonnelles.fr@aig.com). Kopię Polityki Ochrony Danych Osobowych Ubezpieczyciela można otrzymać, wysyłając prośbę pisemną na któryś z powyższych adresów. Każda zainteresowana osoba może również zgłosić sprzeciw wobec wykorzystywania jej danych osobowych do celów komercyjnych, wysyłając zwykły list w sposób wskazany powyżej.

**Artykuł 4 – UŻYWANY JĘZYK / PRAWO WŁAŚCIWE / JURYSDYKCJA**

Niniejsze Zawiadomienie informacyjne jest sporządzone w języku francuskim i podlega prawu francuskiemu. Każde tłumaczenie służy wyłącznie do celów informacyjnych.

W przypadku sporu Ubezpieczony lub Beneficjent może pozwać Ubezpieczyciela przed właściwy Sąd Apelacyjny w Wersalu lub sąd właściwy dla jego miejsca zamieszkania.

**Artykuł 5 – ORGAN KONTROLNY**

Zakład ubezpieczeń AIG Europe SA jest zatwierdzony przez Ministerstwo Finansów Luksemburga i kontrolowany przez Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Roczny raport o wypłacalności i sytuacji finansowej AIG Europe SA dostępny jest na stronie internetowej <http://www.aig.lu/>.

Wprowadzenie do obrotu umów ubezpieczeniowych we Francji przez francuski oddział AIG Europe SA podlega obowiązującym przepisom francuskim, pod kontrolą Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

Firma Sogexia jest nadzorowana przez Commission de Surveillance du Secteur Financier, 283, route d'Arlon L-1150 Luksemburg, Luksemburg. <https://www.cssf.lu/>.

**Artykuł 6 – SANKCJE MIĘDZYNARODOWE**

Zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego przypomina się, że żadna z gwarancji niniejszej Umowy nie może mieć zastosowania, gdy dotyczy ryzyka, którego ubezpieczenie byłoby sprzeczne z porządkiem publicznym lub gdy zakaz zawierania umowy ubezpieczenia lub usługi ubezpieczenia jest nałożona na Ubezpieczającego z powodu sankcji, ograniczenia, zakazu lub embarga przewidzianego przez przepisy ustawowe lub wykonawcze Stanów Zjednoczonych Ameryki lub jakiegokolwiek państwa, lub na mocy jakiegokolwiek decyzji Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

**Artykuł 7 – INFORMACJE – ZMIANY UMOWY**

Zgodnie z art. L.141-4 Kodeksu ubezpieczeniowego, Sogexia ma obowiązek dostarczenia posiadaczowi Karty niniejszego zawiadomienia informacyjnego z chwilą przekazywania Karty.

Wszelkie zmiany wprowadzone do niniejszego Zawiadomienia informacyjnego przez Ubezpieczyciela oraz instytucję płatniczą Sogexia są skuteczne wobec Ubezpieczonych i Beneficjentów, i zobowiązują instytucję płatniczą Sogexia do poinformowania o zmianach posiadaczy Karty w dowolny, dogodny dla siebie sposób, co najmniej trzy miesiące przed datą wejścia w życie zmian.

**Artykuł 8 – KONIEC OBOWIĄZYWANIA GWARANCJI**

Wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczyciela lub instytucję płatniczą Sogexia z jakiegokolwiek powodu jest skuteczne wobec Ubezpieczonych i Beneficjentów, i wraz z nim kończy się ważność gwarancji.

Niezależnie od powyższego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się:

- a) zachować gwarancję „Zakup” dla wszystkich Szkód niezależnie od daty ich wystąpienia, pod warunkiem, że zakup Dobra zabezpieczonego został rozliczony za pomocą Karty przed dniem skutecznego rozwiązania Umowy;
- b) zarządzać wszystkimi Szkodami zgłaszanymi w ramach pozostałych gwarancji, jeżeli wystąpiły one przed dniem skutecznego rozwiązania Umowy.

Niepłacenie miesięcznych opłat za zarządzanie Kartą zgodnie z metodami opisanymi w ogólnych



warunkach mających zastosowanie do kont Sogexia, wygaśnięcie Karty bez wymiany tej karty lub wycofanie jej przez firmę Sogexia kładzie kres wszelkim gwarancjom dla posiadacza wspomnianej Karty oraz osób, które mogą korzystać z gwarancji dołączonych do Karty wygasłej lub wycofanej.

Niezależnie od powyższego, Ubezpieczyciel zobowiązuje się:

- a) zachować gwarancję „Zakup” dla wszystkich Szkód niezależnie od daty ich wystąpienia, pod warunkiem, że zakup Dobra zabezpieczonego został rozliczony przed upływem terminu ważności lub datą wycofania Karty;
- b) zarządzać wszystkimi Szkodami zgłoszonymi w ramach innych gwarancji, o ile wystąpiły one przed upływem terminu ważności lub datą wycofania Karty.