

# Ogólne Warunki Ubezpieczenia Klientów GE Money Banku S.A.

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Klientów GE Money Banku S.A., Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu lub Uprawnionemu, świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w niniejszych warunkach, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej w terminach spłaty określonych na zestawieniu transakcji.

## § 1. DEFINICJE

W ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisach, załącznikach, aneksach oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy ubezpieczenia, a wystawionych przez Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

**Dzienny ryczałt za pobyt w Szpitalu** – oznacza stawkę wymienioną w polisie, wypłacaną Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu za każdy dzień Pobytu w Szpitalu;

**Bank** – GE Money Bank S.A., z siedzibą 80-894 Gdańsk, ul Elżbietańska 2, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym w Gdańsku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000062432;

**Umowa** – Umowa o kartę kredytową lub Umowa o kredyt odnawialny, zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą / Posiadaczem karty, określająca wysokość przyznanego limitu kredytu oraz inne warunki korzystania z limitu kredytu i używania karty

**Minimalna wymagana miesięczna spłata** - podana w zestawieniu transakcji łączna kwota, jaką Kredytobiorca / Posiadacz karty zobowiązany jest spłacić w terminie spłaty na rachunek karty, w skład której wchodzi suma miesięcznych rat spłaty, miesięczna spłata oraz należne opłaty;

**Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – oznacza zdarzenie powstałe niezależnie od jakiegokolwiek fizycznego i psychicznego schorzenia, wyłącznie skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;

**Pobyt w Szpitalu** – stały pobyt w Szpitalu w celu leczenia przez okres co najmniej jednego dnia, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;

**Polisa** – wydany przez Towarzystwo dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;

**Publiczny środek komunikacji** – pojazdy służące do przewozu osób, należące do zarejestrowanych w odpowiednich rejestrach przedsiębiorstw prowadzących działalność w zakresie komunikacji, w szczególności takie jak autobusy, tramwaje, trolejbusy, metro, pociągi, promy, statki pasażerskie, samoloty, które zostały dopuszczone do ruchu zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie oraz obsługiwane przez osoby mające stosowne uprawnienia, w czasie wykonywania przez te osoby obowiązków służbowych;

**Rachunek karty** - rachunek, prowadzony przez Bank w złotych, służący do rozliczania dokonanych transakcji oraz wszelkich opłat, prowizji i odsetek należnych Bankowi z tytułu korzystania z limitu kredytu, wydania i używania karty;

**Rocznica polisy** – dzień, w którym upłynął rok, bądź lata kolejno po nim następujące, od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia;

**Składka ubezpieczeniowa** - składka opłacana w terminach zgodnych z terminami spłaty określonymi w Umowie, w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia z tytułu objęcia ubezpieczeniem na wypadek Pobytu w Szpitalu, śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego;

**Suma Ubezpieczenia** – kwota wymieniona w Polisie, wypłacana Uposażonemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej skutkiem Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego;

**Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniająca 24-godzinną kwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny (dostępny dla Towarzystwa); w rozumieniu niniejszych warunków Szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych, nawet jeżeli stanowią organizacyjną część szpitala;

**Termin spłaty** – ustalona w Umowie i podawana każdorazowo na zestawieniu transakcji data, do której minimalna wymagana miesięczna spłata musi wpłynąć do Banku;

**Towarzystwo** - Cardif ARD S.A. Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;

**Ubezpieczający** – osoba fizyczna, będąca Kredytobiorcą lub Posiadaczem karty wydanej przez Bank, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Towarzystwem i zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej naliczanej w ciężar rachunku karty;

**Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej; Ubezpieczonym może być Kredytobiorca lub Posiadacz karty jak również małżonek lub dzieci Ubezpieczającego w przypadku wskazania ich przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w §7.1. OWU, jednakże z zastrzeżeniem, że dzieci Ubezpieczającego mogą być ubezpieczone wyłącznie w zakresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;

**Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta\_ wskutek telefonicznie złożonego oświadczenia, na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia klientów GE Money Banku S.A.;

**Uposażony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które są uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub jego małżonka, w razie objęcia go ubezpieczeniem, a w razie niewskazania takich osób, uposażone będą osoby określone w § 3.2.;

**Uprawniony** – osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczonego, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku; a w razie niewskazania takich osób Uprawnionym jest Ubezpieczony.

**Wypadek komunikacyjny** – przypadkowe, nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane ruchem Publicznych środków komunikacji, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego, który był przewożony Publicznym środkiem komunikacji;

## **§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych w zakresie następujących zdarzeń:

- śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego,
- Pobytu w Szpitalu będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.

1.2. Ubezpieczenie w Opcji I – obejmuje ochronę Ubezpieczającego,  
Ubezpieczenie w Opcji II – obejmuje ochronę Ubezpieczającego oraz współmałżonka,  
Ubezpieczenie w Opcji III – obejmuje ochronę Ubezpieczającego oraz rodziny.

2.3. Dzieci Ubezpieczającego mogą być ubezpieczone wyłącznie w zakresie Pobytu w Szpitalu będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.

2.4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie zdarzeń wymienionych w §2.1. powyżej, w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.

2.5. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę na całym świecie.

## **§ 3. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

3.1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu lub Uposażonym Sumę ubezpieczenia dla danego zdarzenia. Wypłata świadczenia ma miejsce, o ile śmierć nastąpi nie później niż 180 dni po dacie Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego. Suma Ubezpieczenia:

Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego	100 000 zł.
Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku	50 000 zł.

3.2. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli przed zdarzeniem objętym Umową ubezpieczenia, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

- 1) małżonek,
- 2) dzieci,
- 3) rodzice,
- 4) rodzeństwo,
- 5) dzieci rodzeństwa,
- 6) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego z wyłączeniem Skarbu Państwa.

3.3. Otrzymanie świadczenia przez Uposażonych wymienionych w §3.2. w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia przez Uposażonych wymienionych w dalszej kolejności. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują świadczenie w równych częściach.

## **§ 4. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

4.1. W przypadku Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo za każdy dzień pobytu wypłaci Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu w wysokości 50 zł.

4.2. Świadczenie przysługuje za okres maksymalnie 12 miesięcy Pobytu w Szpitalu z tytułu jednego Nieszczęśliwego wypadku. Okres 12 miesięcy rozpoczyna się od momentu pierwszego dnia Pobytu w Szpitalu.

4.3 Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego dziecka Ubezpieczającego, zostanie wypłacone w kwocie równej 50% dziennego ryczałtu za Pobyt w Szpitalu.

4.4. Świadczenie jest wypłacane zawsze Uprawnionemu.

4.5. W razie, gdy Pobyt w Szpitalu przekracza 30 dni, wypłata ryczałtu za pobyt następuje co 30 dni na podstawie wglądu do karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innego dokumentu będącego jej odpowiednikiem.

## **§ 5. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE – OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

### **5.1. Ograniczenie odpowiedzialności**

5.1.1. Świadczenie z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest nienależne, jeżeli śmierć lub Pobyt w Szpitalu będące Następstwem nieszczęśliwego wypadku nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

- 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
- 2) samobójstwa lub próby samobójstwa,
- 3) samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 4) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 5) uprawiania sportów o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak uprawianie sportów motorowych, spadochronowych, wspinaczki, speleologii,
- 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- 7) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, przeprowadzanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
- 8) nieuzasadnionego niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich, co miało bezpośredni wpływ na wystąpienie zdarzenia objętego ochroną.

5.1.2. Świadczenie, o którym mowa w § 4 jest nienależne w przypadku pobytu w jednostce innej niż Szpital, o którym mowa w § 1.

5.1.3. Świadczenie z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego jest nienależne, gdy Wypadek komunikacyjny i śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń wymienionych w §5.1.1. pkt. 1), 4), 6), 8).

## **5.2. Postanowienia dodatkowe**

5.2.1. Towarzystwo powinno być niezwłocznie powiadomione na piśmie o zajściu zdarzenia objętego Umową ubezpieczenia.

5.2.2. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest dostarczenie do siedziby Towarzystwa osobiście lub listem poleconym następujących dokumentów:

- polisy ubezpieczeniowej (lub jej duplikatu),
- urzędowego dokumentu potwierdzającego datę urodzenia Ubezpieczonego,
- dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub Uprawnionego,
- dokumentu potwierdzającego zajście zdarzenia:
  - w przypadku śmierci odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionego przez lekarza, lub innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty,
  - zaświadczenia stwierdzającego pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
  - dokumentu potwierdzającego rozpoznanie i przyczynę uszkodzenia ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wydanego przez lekarza prowadzącego,
  - opisu lub protokołu z wypadku, zawierającego informacje dotyczące rodzaju, okoliczności, daty, miejsca zdarzenia, a w przypadku Wypadku komunikacyjnego, dokumentu wystawionego przez odpowiednie służby, potwierdzającego okoliczności, datę i miejsce Wypadku komunikacyjnego.

5.2.3. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z dnia 3 marca 2000 roku, nr 14, poz 176 z późniejszymi zmianami).

## **§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

6.1. Umowę ubezpieczenia zawiera się telefonicznie na wniosek Ubezpieczającego.

6.2. Wniosek może być złożony ustnie lub pisemnie, na formularzu Towarzystwa.

6.3. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą przyjęcia przez Towarzystwo wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową.

6.4. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.

6.5. Małżonek Ubezpieczającego może być objęty ubezpieczeniem o ile nie ukończył 65 roku życia.

6.6. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie. Jest to dzień następujący po dniu złożenia telefonicznego oświadczenia Ubezpieczającego o zawarciu Umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w § 9.

6.7. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dzieci, są one objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku począwszy od 31 dnia po dacie ich urodzenia, najdalej do dnia ich 18 urodzin. Wszystkie dzieci Ubezpieczającego narodzone po dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia automatycznie objęte są niniejszą ochroną, o ile ukończyły one 31 dni i nie ukończyły 18 roku życia.

6.8. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczającego może trwać najdalej do ukończenia przez niego 75 roku życia. Ochrona ubezpieczeniowa małżonka Ubezpieczającego ustaje z chwilą ukończenia przez niego 75 roku życia.

6.9. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na czas nieokreślony.

## **§ 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO**

7.1. Jeżeli Ubezpieczający zamierza rozszerzyć Umowę ubezpieczenia na małżonka oraz ewentualnie również na swoje dzieci, powinien o tym poinformować na piśmie Towarzystwo. W takim wypadku ochrona ubezpieczeniowa małżonka lub dzieci rozpoczyna się od początku miesiąca następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało taką informację.

7.2. W razie objęcia Umową ubezpieczenia małżonka Ubezpieczającego, ma on obowiązek powiadomić na piśmie Towarzystwo o zmianach w sytuacji rodzinnej takich jak: rozwód oraz ukończenie przez małżonka 75 roku życia lub śmierć

małżonka. W razie objęcia Umową ubezpieczenia dzieci Ubezpieczającego, ma on obowiązek powiadomić na piśmie Towarzystwo o śmierci jedynego dziecka oraz osiągnięciu pełnoletności przez najmłodsze dziecko.

7.3. Warunkiem wprowadzenia przez Towarzystwo odpowiednich korekt w wysokości składki jest uprzednie otrzymanie od Ubezpieczającego informacji, o których mowa w § 7.2.

7.4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki ubezpieczeniowej w wysokości określonej w Polisie. Opłacanie Składki odbywa się wraz ze spłatą Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty wynikającej z Umowy. Składka naliczana jej w ciężar Rachunku karty.

## **§ 8. OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA**

8.1. W przypadku zajścia zdarzenia określonego w Umowie ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia Towarzystwa o wypadku objętym Umową ubezpieczenia oraz dostarczenia dokumentów wskazanych w §5.2.2.

8.2. Gdyby wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa §8.1., Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w §8.1.

8.3. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpatrują osoby upoważnione przez Dyрекcję Towarzystwa.

8.4. Wszelkie skargi i zażalenia Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony winien kierować w formie pisemnej do Dyrekcji Towarzystwa. Skargi i zażalenia będą rozpatrywane przez osoby upoważnione przez Dyрекcję Towarzystwa w terminie 14 dni od ich doręczenia do siedziby Towarzystwa. O sposobie rozpatrzenia skargi Towarzystwo poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie w terminie 7 dni od jej rozpatrzenia.

## **8.5. Ochrona danych osobowych.**

8.5.1. Towarzystwo zapewnia ochronę danych osobowych dotyczących osób wymienionych w Polisie i innych dokumentach ubezpieczeniowych, uzyskanych w związku z Umową ubezpieczenia, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku.

8.5.2. Informacje zawarte w bazie danych mogą być wykorzystane przez Towarzystwo bez potrzeby uzyskiwania zgody poszczególnych osób, wyłącznie w celu wykonania warunków Umowy ubezpieczenia.

## **§ 9. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

9.1. Umowa ubezpieczenia wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:

- 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w ciągu 7 dni licząc od dnia otrzymania Polisy, z dniem otrzymania oświadczenia przez Towarzystwo,
- 2) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego określonego w § 3,
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Bank lub Ubezpieczający wypowiedział Umowę,
- 4) ukończenia przez Ubezpieczającego 75 roku życia, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający ukończył 75 lat,
- 5) niespłacenia przez Ubezpieczającego dwóch Minimalnych wymaganych miesięcznych spłat,
- 6) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający wypowiedział Umowę ubezpieczenia,
- 7) wyczerpania sumy ubezpieczenia,
- 8) odstąpienia od Umowy,
- 9) zamknięcia Rachunku karty.

## **§ 10. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

10.1. Wysokość Składki ubezpieczeniowej ustala Towarzystwo, podając informację o jej wysokości w Polisie.

Ubezpieczenie w Opcji I – 18,90 zł

Ubezpieczenie w Opcji II – 26,90 zł

Ubezpieczenie w Opcji III – 29,90 zł

10.2. Składki ubezpieczeniowe będą naliczane w ciężar Rachunku karty kredytowej w cyklach miesięcznych, z góry za każdy miesiąc trwania ochrony ubezpieczeniowej. Pierwsza składka zostanie naliczona na pierwszym zestawieniu transakcji następującym po miesiącu bezpłatnego okresu promocji. Okres promocji liczony jest od dnia sporządzenia zestawienia transakcji w miesiącu, w którym Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia.

10.3. W celu utrzymania realnej wartości świadczeń ubezpieczeniowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do indeksacji Składki ubezpieczeniowej i Sumy ubezpieczenia.

10.4. Towarzystwo na 60 dni przed rocznicą Polisy pisemnie poinformuje Ubezpieczającego o podwyższeniu Składki Ubezpieczeniowej i Sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.

10.5. Towarzystwo ustala wskaźnik indeksacji na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług (inflacji), opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystyki, za rok kalendarzowy poprzedzający rok przeprowadzenia indeksacji.

## **§ 11. TRYB I WARUNKI ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA**

11.1. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony może zostać zmieniona przez Towarzystwo po uprzednim powiadomieniu Ubezpieczającego listem poleconym w terminie jednego miesiąca przed planowaną zmianą Umowy

ubezpieczenia. W tym samym terminie Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy dotychczasowej oraz zmienionymi warunkami Umowy ubezpieczenia.

11.2. W przypadku sprzeciwu Ubezpieczającego na proponowane warunki Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zachowuje prawo do odstąpienia od umowy, w terminie 30 dni od doręczenia powiadomienia Towarzystwa o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia.

#### **§ 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

12.1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Towarzystwa, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres

**Cardif ARD S.A,  
skrytka nr 105,  
85-950 Bydgoszcz 1.**

12.2. Pisma Towarzystwa skierowane pod ostatnio znany Towarzystwu adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wystania.

12.3. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

12.4. Niniejsze warunki ubezpieczenia, zatwierdzone przez Dyрекcję Oddziału (uchwałą z dnia 29.04.2005), wchodzą w życie z dniem \_\_\_\_\_

Zastępca  
Dyrektor Oddziału

Dyrektora

Leszek  
Jan Emeryk Rościszewski

Skop

