



BNP PARIBAS



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POSIADACZY KART o indeksie FBP/KREDYTOWE-D/2013

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart oznaczone indeksem **FBP/KREDYTOWE-D/2013** stanowią integralną część (Umowy Ubezpieczenia), tj.:

- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart (POLISA NR FBP/7life), zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a BNP Paribas Bank Polska S.A.
- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart (POLISA NR FBP/7), zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a BNP Paribas Bank Polska S.A.

Art. 1 DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart oznaczonych indeksem FBP/KREDYTOWE-D/2013 (dalej: Warunki Ubezpieczenia) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Aktywacja karty”** – zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną, umożliwiającą dokonywanie transakcji przy użyciu karty, dokonana przez Posiadacza karty oraz w sposób wskazany przez Ubezpieczającego i określony w regulaminie karty opisującym warunki wydawania i użytkowania kart wydawanych przez BNP Paribas Bank Polska SA;
- 2) **„Zgoda na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową”** – brak złożenia przez Posiadacza karty sprzeciwu do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zaproponowanych przez Ubezpieczającego warunkach w ciągu 30 dni od dnia otrzymania informacji od Ubezpieczającego;
- 3) **„Dzień przystąpienia do ubezpieczenia”** – dzień 1 listopada 2012 roku, pod warunkiem Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową
- 4) **„Dzień zajścia zdarzenia”:**
 - a) w przypadku **śmierci** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w **orzeczeniu** lub w przypadku braku dnia w **orzeczeniu**, za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
 - c) w przypadku **poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - d) w przypadku **utrąty pracy**:
 - dla osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony lub określony, w tym także dzień rozwiązania stosunku służbowego, wskazany w
- 5) **„Karta”** – jedna z następujących kart kredytowych: typ Standard, typ Classic, typ Gold lub typ Platinum wydana Posiadaczowi karty przez Ubezpieczającego, na podstawie Umowy o korzystanie z karty kredytowej, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Ubezpieczającego;
- 6) **„Lekarz”** – osoba wykonująca zawód lekarza medycyny, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 7) **„Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe”** – świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu utraty pracy, ustalone przez Ubezpieczyciela w wysokości 5% salda zadłużenia z dnia zajścia zdarzenia;
- 8) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) **„Orzeczenie”** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 10) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia;

- 11) „Okres ubezpieczenia” – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego;
- 12) „Poważne zachorowanie” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczinienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno-mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (bypass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 13) **„Posiadacz karty”** – konsument posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, z którym Ubezpieczający zawarł Umowę o kartę;
- 14) **„Przyznany limit”** – maksymalna kwota ustalona przez Bank, na którą Posiadacz karty może się zadłużyć korzystając z karty kredytowej;
- 15) **„Rachunek karty”** – rachunek bankowy prowadzony przez BNP Paribas Bank Polska SA, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu danej karty oraz do którego przypisana jest dana karta;
- 16) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Posiadacza karty wobec BNP Paribas Bank Polska SA na dany dzień, wynikające z transakcji dokonanych przy użyciu karty, uwzględniające odsetki, prowizje i opłaty należne BNP Paribas Bank Polska SA z tytułu użytkowania karty oraz wskazane w zestawieniu transakcji na karcie, przy czym saldo zadłużenia nie może przekroczyć kwoty przyznanego przez Bank limitu na karcie;
- 17) **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 18) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia służąca jako podstawa do wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- 19) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 20) **„Świadczenie ubezpieczeniowe”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków Ubezpieczenia, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 21) **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”** – stan niesprawności Ubezpieczonego, uniemożliwiający wykonywanie Ubezpieczonemu jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim **orzeczeniem** w rozumieniu niniejszych Warunków;
- 22) **„Ubezpieczający”** – BNP Paribas Bank Polska S.A. posiadający w ofercie karty kredytowe oraz zawierający z Posiadaczem karty Umowę o korzystanie z karty kredytowej;
- 23) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków



Ubezpieczenia, na rachunek którego zawarto Umowę ubezpieczenia;

- 24) „**Ubezpieczyciel**” – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardiff Polska S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty pracy;
- 25) „**Umowa o kartę**” – Umowa o korzystanie z karty kredytowej, zawarta między BNP Paribas Bank Polska S.A., a Posiadaczem karty;
- 26) „**Umowa ubezpieczenia**” – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardiff Polska S.A. i Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, a Ubezpieczającym (oznaczona kodem odpowiednio POLISA NR FBP/7life i POLISA NR FBP/7), zawarta na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia;
- 27) „**Uprawniony**” – Ubezpieczający lub Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia;
- 28) „**Utrata pracy**” – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako:
 - a) rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy oraz wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, podyktowane przyczynami ekonomicznymi, tj.: uzyskiwaniem przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między przychodami a kosztami ich uzyskania) przez okres kolejnych 6 miesięcy w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 29) „**Wiek Ubezpieczonego**” – różnica pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego;
- 30) „**Zastrzeżenie karty**” – zgłoszenie przez Ubezpieczonego utraty karty, w sposób wskazany przez BNP Paribas Bank Polska S.A. w regulaminie karty, skutkujące zablokowaniem wszelkich transakcji dokonywanych przy jej użyciu, unieważnieniem karty oraz przejęciem przez BNP Paribas Bank Polska S.A. odpowiedzialności za nieautoryzowane transakcje dokonane przy jej użyciu;
- 31) „**Zestawienie transakcji na karcie**” – dokument generowany i przekazywany z częstotliwością miesięczną przez Ubezpieczającego, wystawiany imiennie na rzecz Posiadacza karty, zawierający wykaz wszelkich transakcji wykonanych przy użyciu karty w danym miesiącu, wskazujący m.in. wysokość salda zadłużenia na rachunku karty w danym miesiącu;
- 32) „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – zdarzenie wymienione w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę świadczenia.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie oraz ryzyko utraty pracy Posiadacza karty obejmujące:
 - a) śmierć,
 - b) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - c) jedno z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego źródła dochodu pozyskiwanego

przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień wskazanych w ust. 3 niniejszego artykułu:

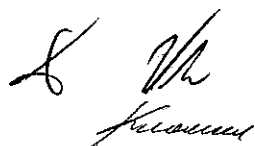
- **utrata pracy** – w odniesieniu do osób, które pozyskują dochód z tytułu umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony albo pozyskują dochód z tytułu stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony albo dochód z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej;
 - **poważne zachorowanie** – w odniesieniu do osób, które nie podlegają ochronie z tytułu utraty pracy.
2. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
 3. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 2 lub w łącznej liczbie wskazanej w art. 12 ust. 3 lub w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, Ubezpieczonemu, niezależnie od ochrony z tytułu śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, udzielana jest ochrona na wypadek poważnego zachorowania w ramach zakresu ochrony wskazanego w ust. 1 lit. c) niniejszego artykułu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Posiadacz karty, który w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 18 rok życia oraz nie przekroczył 75 roku życia.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby osoba przystępująca do ubezpieczenia:
 - a) wyraziła Zgodę na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową;
 - b) zawarła Umowę o kartę, w ramach której przyznany limit na rachunku karty nie przekracza:
 - i) 10.000 zł w przypadku kart kredytowych Standard,
 - ii) 50.000 zł w przypadku kart kredytowych: Classic lub Gold,
 - iii) 100.000 zł w przypadku kart kredytowych Platinum.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Okres ubezpieczenia względem danego Posiadacza karty rozpoczyna się w dniu wydania karty z zastrzeżeniem, że nie wcześniej niż w dniu następnym po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki został zgłoszony do ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - b) w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, z wyłączeniem przypadków utraty pracy, gdy wypowiedzenie umowy o pracę lub stosunku służbowego wręczone zostało Ubezpieczonemu w okresie 30 pierwszych dni okresu ubezpieczenia lub przed tym dniem – w przypadku, gdy Ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia miał prawo do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu utraty pracy zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 1;
 - c) 91 dnia okresu ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania – w przypadku, gdy Ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia miał prawo do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnego zachorowania, zgodnie z postanowieniami art. 2 ust. 1.
4. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu utraty ważności karty z powodu zamknięcia rachunku, do którego wydano kartę;
 - b) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od Umowy o kartę;
 - c) w dniu śmierci Posiadacza karty;



- d) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania;
 - e) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia;
 - f) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia – z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty pracy;
 - g) w dniu, w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona, w odniesieniu tylko do okresu, za który nie opłacono składki;
 - h) w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia – w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego karty kredytowej, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - i) w ostatnim dniu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia, o ile ochrona nie uległa przedłużeniu na kolejny 12 miesięczny okres ubezpieczenia;
 - j) w dniu rozwiązania lub odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, wypisane na druku Ubezpieczającego.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego danej karty, w czasie trwania którego została złożona.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek w terminie i wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz do wydania Ubezpieczonemu obowiązujących Warunków Ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez niego Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczający jest uprawniony do przyjmowania od Ubezpieczonego, wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania, od osób zgłaszających zdarzenie, Druku zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w Warunkach Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z przystąpieniem danej osoby do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do Druku zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni lub wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę świadczenia (Druk zgłoszenia roszczenia), Ubezpieczony powinien składać na formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.

3. W przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarza leczeniu, w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W celu ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz na koszt Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, pozyskane w ten sposób przez Ubezpieczyciela, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z ustaleniem zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną w terminie i na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku nieuzasadnionego zapisami Warunków Ubezpieczenia oraz Umowy ubezpieczenia pobrania składki z ubezpieczenia oraz gdy Ubezpieczony wystąpił, za pośrednictwem Ubezpieczającego, o zwrot składki za ten okres, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu, przy najbliższym rozliczeniu składek na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania jest równa saldu zadłużenia na rachunku karty z dnia zajścia zdarzenia, przy czym nie więcej niż kwota przyznanego limitu na karcie wskazana w Umowie o korzystanie z karty kredytowej:
 - a) 10.000 zł w przypadku kart kredytowych typu Standard,
 - b) 50.000 zł w przypadku kart kredytowych typu Classic i typu Gold,
 - c) 100.000 zł w przypadku kart kredytowych typu Platinum.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu utraty pracy równa jest, w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, maksymalnie 6 miesięcznym świadczeniom ubezpieczeniowym, przy czym łącznie nie więcej niż 6.000 zł.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, PÓWAŻNEGO ZACHOROWANIA

W przypadku śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust.1.

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY

1. W przypadku utraty pracy, Ubezpieczyciel, wypłaci pierwsze świadczenie, w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, po 60 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu, za które Ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych, w wysokości jednego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia.
2. Każde kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe, w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci, po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu, za które pobrał zasiłek dla bezrobotnych.
3. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu utraty pracy w każdym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art.10 ust. 2 lub wypłaci 6



miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 3 niniejszego artykułu, wówczas ochrona z tytułu utraty pracy wygasa, w danym 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia, z dniem wypłaty ostatniego należnego świadczenia.

ART 13. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Ubezpieczającego jako Uprawnionego do otrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przy czym wyłączenie do otrzymania świadczenia do wysokości salda zadłużenia.
2. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia saldo zadłużenia jest mniejsze od wysokości salda zadłużenia na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nadwyżki nad saldem zadłużenia wypłacone zostanie w przypadku:
 - a) śmierci - następującym osobom w kolejności:
 - a. małżonkowi;
 - b. dzieciom Ubezpieczonego w równych częściach - w przypadku braku osoby wskazanej w pkt a niniejszego ustępu, lub gdy osoba ta nie żyje lub utraciła prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c. rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a-b niniejszego ustępu, lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d. prawnym spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a-c niniejszego ustępu lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
 - b) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, utraty pracy lub poważnego zachorowania - Ubezpieczonemu.
3. W przypadku, gdy osoba wskazana w ust. 2 lit. a) niniejszego artykułu umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach opisanych w ust. 2 lit. a).

ART 14. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEN

1. W przypadku zajścia zdarzenia, Uprawniony powinien niezwłocznie zgłosić Ubezpieczającemu zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim wniosku o wypłatę świadczenia - Druku zgłoszenia roszczenia, przygotowanym przez Ubezpieczyciela, a udostępnionym przez Ubezpieczającego oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do Druku zgłoszenia roszczenia były oryginałami lub odpisami albo były poświadczane za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego formularza, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni od dnia otrzymania Druku zgłoszenia roszczenia.

5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego lub 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. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie, przekazując jej pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia jest przekazanie przez Ubezpieczającego potwierdzenia Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową na Druku zgłoszenia roszczenia w przypadku ryzyk, o których mowa w lit. a) - d) poniżej wraz z informacją o saldzie zadłużenia za miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe oraz przez osobę zgłaszającą zdarzenie, Druku zgłoszenia roszczenia wraz dołączonymi następującymi dokumentami:
 - a) w przypadku śmierci:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - b) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - odpowiednie **orzeczenie** w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - c) w przypadku **poważnego zachorowania**:
 - karta wypisu ze szpitala;
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań;
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecia operacji;
 - zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do rent lub emerytur lub inne zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego;

- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - d) w przypadku **utrąty pracy**:
 - w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę/stosunek służbowy: świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia
 - Umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony lub określony lub dotycząca pełnienia stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony oraz oświadczenie o rozwiązaniu stosunku pracy przez pracodawcę Ubezpieczonego lub stosunku służbowego,
 - w przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej: wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub zaświadczenie o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego wraz z dokumentem potwierdzającym uzyskiwanie przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (tj.: ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między przychodami, a kosztami ich uzyskania w okresie 6 miesięcy przed zajściem zdarzenia);
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu zasiłek dla bezrobotnych;
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
10. W przypadku gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego w ramach uznania podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu utraty pracy, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego, przed każdą wypłatą miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych.

ART 15. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - b) prowadzenia przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu;
 - c) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
2. W przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
 - b) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych i leczonych przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - g) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - g) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
3. W przypadku **poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - a) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - b) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - c) następstw i konsekwencji chorób rozpoznanych i leczonych przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - d) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - e) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - g) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
4. W przypadku **utrąty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - a) Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę ze wskazanym dniem sporządzenia tego wypowiedzenia

- przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową lub w okresie pierwszych 30 dni ochrony ubezpieczeniowej;
- b) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego;
 - c) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
 - d) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa polskiego.

ART 16. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000r Nr. 14, poz. 176, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 54, poz. 654 z późn. zm.).

ART 17. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażalenia, o której mowa w ust. 4 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych.

ART 18. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

ART 19. SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

