

## SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW NA WYPADEK ZGONU, NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA - INDEKS SWU 05 VWB

### Rozdział 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Wypadek Zgonu, Niezdolności do Pracy lub Poważnego Zachorowania (indeks SWU 05 VWB), zwane dalej SWU VWB, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa VWB 05, zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z firmą Volkswagen Bank Polska S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko zgonu, niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonych. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
2. Użyte w niniejszych SWU VWB określenia oznaczają:
  - 1) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
  - 2) Ubezpieczający – Volkswagen Bank Polska S.A.,
  - 3) Ubezpieczony - osoba, której życie i zdrowie jest ubezpieczone, będąca kredytobiorcą, spełniająca warunki określone w Rozdziale 3,
  - 4) Uposażony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego,
  - 5) Uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon Ubezpieczonego,
  - 6) kredyt – kredyt udzielany Ubezpieczonemu na podstawie umowy kredytowej zawartej z Ubezpieczającym,
  - 7) zgon - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszych SWU VWB,
  - 8) niezdolność do pracy - stan niesprawności spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz, ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, trwający przez okres co najmniej 6 miesięcy od daty wypadku, potwierdzony stosownym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS lub KRUS, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszych SWU VWB,
  - 9) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszych SWU VWB:

zawał serca - martwica części mięśnia sercowego w następstwie przerwania dopływu krwi wykazana w wywiadzie przez występujące łącznie typowe objawy: długotrwałe bóle klatki piersiowej, nowe zmiany EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz zwiększony poziom enzymów sercowych,

udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu

M

Dr

magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu,

niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,

nowotwór (rak) – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,

przeszczep dużych narządów – przeszczep następujących narządów: serce, płuca, wątroba lub trzustka, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą lub wpisane Ubezpieczonego przez właściwego lekarza specjalistę na Centralną Listę Biorców przeszczepów prowadzoną przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub prowadzoną przez inny zakład opieki zdrowotnej wyznaczony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w stosownym Zarządzeniu.

- 10) nieszczeniwy wypadek – nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego,
- 11) harmonogram - pierwotny harmonogram spłat kredytu, stanowiący jego integralną część, ustalony i dołączony do umowy kredytowej w dniu jej zawarcia,
- 12) wiek – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego.

## **Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. W zależności od wybranej opcji ubezpieczenia, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
  - Wariant L 1) zgon, niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
  - Wariant L 2) zgon oraz niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - Wariant L 3) zgon Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem SWU VWB, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

## **Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową**

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub gospodarstwo rolne, jak również będąca współnikiem lub członkiem organów zarządzających w spółkach prawa handlowego, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca kredytobiorcą głównym lub współkredytobiorcą, której wiek nie przekracza 65 lat i której udzielono kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej, w dniu objęcia ubezpieczeniem, 250 000 PLN (w przypadku kilku współkredytobiorców uwzględnia się kwotę wynikającą z podzielenia kwoty kredytu przez ilość współkredytobiorców), spełniająca warunki określone w ust. 2. Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorcy, któremu udzielono kredytu(ów) w wyższej łącznej kwocie kapitału wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby, o której mowa w ust. 1 jest, aby osoba ta:
  - 1) zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytową,
  - 2) podpisała Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną.

M

St

3. Liczba Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia w ramach jednej umowy kredytowej nie może przekroczyć 4, przy czym w trakcie trwania umowy kredytowej Ubezpieczający nie może zgłosić do ubezpieczenia kolejnych osób.
4. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby w ramach jednej umowy kredytowej, wysokość sum ubezpieczenia określonych w Rozdziale 5 dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

#### **Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - 1) w dniu zawarcia przez tę osobę umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub niezdolności do pracy,
  - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu zawarcia umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

#### **Rozdział 5. Suma ubezpieczenia**

1. W przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej w dniu objęcia ubezpieczeniem kwoty 250 000 PLN (dla jednej osoby) suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy ubezpieczonego kredytobiorcy, w poszczególnym dniu trwania umowy kredytowej, równa jest kapitałowi kredytu - rozumianego jako kwota kapitału kredytu udzielonego Ubezpieczonemu, wraz ze skredytowaną prowizją bankową, odsetkami wynikającymi z harmonogramu, z kapitałem skredytowanej składki ubezpieczeniowej, oraz łącznie z innymi kosztami związanymi z udzieleniem kredytu - pozostającemu do spłaty w tym dniu, zgodnie z harmonogramem.
2. W przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału przekraczającej w dniu objęcia ubezpieczeniem kwotę 250 000 PLN (dla jednej osoby) suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy ubezpieczonego Kredytobiorcy stanowi procent sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 1, równy stosunkowi kwoty 250 000 PLN do łącznej kwoty kapitału.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej w dniu objęcia ubezpieczeniem kwoty 250 000 PLN (dla jednej osoby) równa jest 6-krotności regularnej raty kapitałowo-odsetkowej zgodnie z harmonogramem, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie zgodnie z tym harmonogramem, licząc od zajścia poważnego zachorowania. Jeżeli w harmonogramie występuje rata balonowa, jej kwota nie jest podstawą do ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału przekraczającej w dniu objęcia ubezpieczeniem kwotę 250 000 PLN (dla jednej osoby) stanowi procent sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 3, równy stosunkowi kwoty 250 000 PLN do łącznej kwoty kapitału.
5. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby w ramach jednej umowy kredytowej, wysokość sum ubezpieczenia określonych w ust. od 1 do 4 dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

#### **Rozdział 6. Wysokość świadczeń**

1. W przypadku zajścia zdarzenia, objętego ubezpieczeniem w ramach Wariantu L1, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
  - a) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – jednorazowo 70% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Rozdziale 5,
  - b) w przypadku niezdolności do pracy Ubezpieczonego - jednorazowo 70% sumy ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Rozdziale 5,

M

28

- c) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego - jednorazowo świadczenie którego wysokość określona jest w Rozdziale 5.
2. W przypadku zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach Wariantu L2, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
  - a) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – jednorazowo 80% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Rozdziale 5,
  - b) w przypadku niezdolności do pracy Ubezpieczonego - jednorazowo 80% sumy ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Rozdziale 5.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, który został objęty ochroną w ramach Wariantu L3, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Rozdziale 5.
4. Wysokość świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ustalana jest na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji powstała przed datą wydania orzeczenia, wysokość świadczenia ustalana jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
5. Wysokość świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie 28 dni od dnia zajścia poważnego zachorowania świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu poważnego zachorowania, jeżeli zgon był następstwem poważnego zachorowania.
7. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki ubezpieczeniowej, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.

## **Rozdział 7. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia**

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, wypłacane są osobie Uposażonej lub Uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami Uposażony lub Uprawniony jest zobowiązany zgłosić Ubezpieczycielowi niezwłocznie po powzięciu informacji o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, zależnie od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
  - 1) W przypadku zgonu:
    - 1) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
    - 3) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
    - 4) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
    - 5) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w placówce podstawowej opieki zdrowotnej i ze szpitala, protokół lub raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę w przypadku zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku).
  - 2) W przypadku niezdolności do pracy:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,

M

24

- b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji,
  - c) zaświadczenie od lekarza potwierdzające niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku,
  - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
  - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w placówce podstawowej opieki zdrowotnej i ze szpitala, protokół lub raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę).
- 3) W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:
- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
  - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
  - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
  - d) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w placówce podstawowej opieki zdrowotnej i ze szpitala).
4. O przysługującym świadczeniu Ubezpieczyciel poinformuje Uprawnionego w terminie siedmiu dni od daty podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie trzydziestu dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

## **Rozdział 8. Obowiązki Ubezpieczonego**

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zbędnego opóźnienia, postępować zgodnie z zaleceniami lekarza i w razie uzasadnionej prośby Ubezpieczyciela poddać się badaniom lekarskim na koszt Ubezpieczyciela u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb prawnych lub związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, po wezwaniu do złożenia wyjaśnień i usunięcia braków w dokumentacji.

## **Rozdział 9. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania ochrony**

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu pisemną rezygnację.
2. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

## Rozdział 10. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego Ubezpieczonego:
  - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 72 lata,
  - 2) o godz. 24:00 w dniu określonym w harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
  - 3) po upływie maksymalnie dwunastu miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela wniosku o przedłużenie okresu ubezpieczenia w przypadku zawieszenia spłaty kredytu zgodnie z art. 131.1 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002, Nr 21, poz 205),
  - 4) w przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, określonym w umowie ubezpieczenia,
  - 5) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu zgonu lub z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
  - 6) w odniesieniu do niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i do samodzielnej egzystencji lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
  - 7) w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w dniu wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
  - 8) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia,
  - 9) w dniu rozwiązania umowy kredytu przed terminem, na który przypadał termin spłaty ostatniej raty kredytu przewidziany w harmonogramie (wcześniejsza spłata).

## Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
  - 1) Samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
  - 2) działaniem Ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, jeżeli stężenie alkoholu we krwi przekraczało poziom 0,2‰ lub obecność w wydychanym powietrzu przekraczała poziom 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
  - 3) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
  - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
  - 5) w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu - następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną w ciągu pierwszych 24 miesięcy od daty objęcia ubezpieczeniem na wypadek zgonu,
  - 6) nieuzasadnionym nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,
  - 7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym itp.),
  - 8) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo

M

A

jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szymbownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach i rajdach,

- 9) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
- 10) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
- 11) próbą samobójczą, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

## **Rozdział 12. Przedawnienie roszczeń**

1. Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia ulegają przedawnieniom z upływem 3 lat.

## **Rozdział 13. Sposób i tryb składania reklamacji**

1. Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia na działania lub decyzje Ubezpieczyciela podejmowane w ramach wykonywania postanowień Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie, o których mowa w ust. 1, na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od postanowień, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

## **Rozdział 14. Postanowienia końcowe**

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. 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 lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU VWB mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.