

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW NA WYPADEK ZGONU, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (INDEKS UK/04/VW)

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

- Niniejsze warunki ubezpieczenia zwane dalej WU UK/04 mają zastosowanie w Umowie Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa VW/02, zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A. z bankiem Volkswagen Bank Polska S.A., na mocy której zakład ubezpieczeń przejmuje na siebie ryzyko zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, lub poważnego zachorowania kredytobiorcy. Wypłata świadczenia przez zakład ubezpieczeń na rzecz ubezpieczającego zwalnia ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciążących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
- Użyte w niniejszych WU UK/04 określenia oznaczają:
 - zakład ubezpieczeń - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A.,
 - ubezpieczający - Volkswagen Bank Polska S.A., który udziela kredytu konsumenckiego ubezpieczonym,
 - ubezpieczony - osoba, której życie lub zdrowie jest ubezpieczone, będąca kredytobiorcą lub współkredytobiorcą,
 - uposażony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
 - zgon - śmierć ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń z rozdziału 12 niniejszych OWU,
 - czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim,
 - trwała i całkowita niezdolność do pracy - stan niesprawności uniemożliwiający ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy oraz podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony stosownym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS,
 - 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:
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 - incydent mózgowy pochodzenia naczyniowego wywołujący trwale, udokumentowane ubytki neurologiczne w postaci uszkodzenia tkanki mózgowej,
niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek spowodowane uszkodzeniem lub upośledzeniem funkcji obu nerek, wymagające przeprowadzania regularnych dializ lub przeszczepu nerki,
nowotwór - stan niekontrolowanego rozrostu komórek nowotworowych, w tym nowotwory krwi, choroba Hodgkina, udokumentowane biopsją i wynikiem badania histopatologicznego. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych - wykonanie chirurgicznego zabiegu (bypass) likwidacji zwężenia lub blokady naczyń wieńcowych za pomocą wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych.
 - nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego,
 - wiek - liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia kredytobiorcy.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych.
- W zależności od wybranej opcji ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - Opcja 1) zgon ubezpieczonego lub jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, lub jego poważne zachorowanie
 - Opcja 2) zgon ubezpieczonego lub jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, lub czasowa niezdolność do pracy.
- W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń polega na wypłacie uposażonemu, z zastrzeżeniem WU UK/04, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

Rozdział 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia.

- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia – Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa nr VW/02. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
- Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

Rozdział 4. Objęcie kredytobiorców ochroną ubezpieczeniową.

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca kredytobiorcą głównym lub współkredytobiorcą, której wiek nie przekracza limitu wskazanego w Umowie Ubezpieczenia, spełniająca warunki określone w ust.2.
- Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust.1 jest, aby osoba ta:
 - podpisała z ubezpieczającym umowę kredytową,
 - podpisała Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną, we Wniosku o udzielenie kredytu konsumenckiego.

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

- Objęcie danej osoby odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego rozdziału.
- Objęcie danej osoby zgłaszanej do ubezpieczenia odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń potwierdzone jest umieszczeniem numeru umowy kredytowej zawartej z ubezpieczającym na liście umów kredytowych zawartych z ubezpieczającym przez osoby, które spełniły warunki określone w rozdziale 4.
- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły one wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - trzydziestego dnia po dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jeżeli nastąpiły one z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
 - sześdziesiątego dnia po dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,
 - dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnych zachorowań.

Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia.

- Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w formie listu poleconego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
- Zakład Ubezpieczeń zobowiązuje się do zwrotu składki w przypadku spłaty kredytu przed dniem określonym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu – z tym że:
 - zapłacona składka nie podlega w części zwrotowi za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej,
 - ze zwracanej składki zakład ubezpieczeń potrąca koszty manipulacyjne w wysokości 15%.
- Jeżeli składka za określonego ubezpieczonego nie została zapłacona w terminie 30 dni od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem tego ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem 30 dni od terminu płatności składki, jeżeli zakład ubezpieczeń wezwał ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez zakład terminie.
- Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego nie może dotyczyć osób już ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 11.

Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

- W przypadku zgonu ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust.4,

świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Umowie Ubezpieczenia.

- W razie uznania ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie zakładu ubezpieczeń równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Zakładu Ubezpieczeń równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
- W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust.4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w Umowie Ubezpieczenia.
- Świadczenie zakładu ubezpieczeń w razie czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenie wypłacane jest w terminach określonych w harmonogramie spłat kredytu.
- Świadczenie zakładu ubezpieczeń, o którym mowa w ust.4, nie może przekroczyć 6 miesięcznych spłat raty kredytu wraz z odsetkami od kapitału kredytu bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
- W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust.4, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 70 lat,
 - pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
- Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, zakład ubezpieczeń rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 4, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
- Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku zakład ubezpieczeń rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 4, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.

Rozdział 8. Składki.

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążenia publicznego – prawnych, dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń ma prawo do zmiany taryfy. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczającego na 3090 dni przed datą wprowadzenia zmiany taryfy, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 14 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie taryfy.
- Zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za miesiąc poprzedzający zajście zdarzenia.
- W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez zakład ubezpieczeń ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

- Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń, wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami, osoba uprawniona do odbioru świadczenia

zobowiązana jest zgłosić do zakładu ubezpieczeń w ciągu 90 dni od dnia zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez zakład ubezpieczeń 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:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu
 - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną
 - f) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce 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 poważnego zachorowania ubezpieczonego:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokumentacja medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego,
 - c) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania,
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala),
 - 3) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - f) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala),
 - 4) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy oraz, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - d) zaświadczenie pracodawcy (Z 3),
 - e) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - f) harmonogram spłat kredytu
 - g) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - h) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, zakład ubezpieczeń informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie trzydziestu dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.

Rozdział 10. 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 prośby zakładu ubezpieczeń poddać się badaniom lekarskim na koszt zakładu ubezpieczeń u lekarza wyznaczonego przez zakład ubezpieczeń. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone zakładowi ubezpieczeń, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb prawnych lub związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. W przypadkach określonych w szczegółowej umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego, którego koszty ponosi zakład ubezpieczeń.
3. Udzielenie przez ubezpieczonego odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, po wezwaniu ubezpieczonego do złożenia wyjaśnień i usunięcia braków w dokumentacji.

Rozdział 11.

Wygaśnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ukończył 70 lat,
 - 2) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - 3) jeżeli ubezpieczający odracza kredytobiorcy termin spłaty kredytu, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż:
 - a) przez sześć miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu
 - b) zakład ubezpieczeń na wniosek ubezpieczającego może przedłużyć okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu.
 - c) zakład ubezpieczeń na wniosek ubezpieczającego przedłuża okres ubezpieczenia do maksymalnie osiemnastu miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu w przypadku zawieszenia spłaty kredytu zgodnie z art. 131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1992, Nr 4, poz 16).
 - 4) w dniu całkowitej spłaty kredytu, jeżeli kredyt zostaje spłacony całkowicie przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - 5) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 6 ust.4,
 - 6) w dniu wypłaty na rzecz uposażonego świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, poważnego zachorowania ubezpieczonego lub z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - 7) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego, po wypłacie należnego świadczenia na rzecz ubezpieczonego.

Rozdział 12.

Wyłączenia odpowiedzialności.

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest wyłączona w przypadku gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z :

1. samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia zawarcia na rzecz danego ubezpieczonego umowy ubezpieczenia,
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 dm³, 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. następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 48 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
6. nieuzasadnionym nieprzebrnięciem 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, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
9. uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
10. urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy,
11. zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego,
12. umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.

Rozdział 13.

Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

Rozdział 14.

Postanowienia końcowe.

1. Umowa ubezpieczenia grupowego kredytobiorców może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych warunków ubezpieczenia.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z umowy ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby strony pozwanej.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych warunkach mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
4. Niniejsze warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców zawartej w dniu 25 lutego 2003 roku.