

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO
DLA LEASINGOBIORCÓW NA WYPADEK ZGONU, NIEZDOLNOŚCI
DO PRACY LUB POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
– INDEKS VW_L/CAR/CPI_5_1.0/2015**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	rozd. 2
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	rozd.4 ust. 2 pkt 2, rozd. 7 ust. 6, rozd.12 ust.1 pkt 1 i 5
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	rozd. 12
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	rozd. 6
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	nie dotyczy



1. Niniejsze warunki ubezpieczenia zwane dalej **VW_L/CAR/CPI_5_1.0/2015** mają zastosowanie w Umowie Ubezpieczenia Grupowego dla Leasingobiorców – Polisa VWL 05 zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z firmą Volkswagen Leasing GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce, na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko zgonu, niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonych. Wpłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia leasingobiorców od obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu umowy leasingu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
2. Użyte w niniejszych SWU VWL określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczyciel – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
 - 2) Ubezpieczający – Volkswagen Leasing GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce,
 - 3) Ubezpieczony – osoba, której życie i zdrowie jest ubezpieczone, będąca leasingobiorcą, 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) leasingobiorca (korzystający) – osoba prowadząca działalność gospodarczą lub gospodarstwo rolne jako podmiot, który zawiera z Ubezpieczającym umowę leasingu, jak również osoby fizyczne, będące współnikami w spółkach handlowych.
 - 7) zgon – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszych SWU VWL,
 - 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,
 - 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:
 - 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 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.
 nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego,
 - 10) Osoba składająca Skargę – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Upraw-

niony lub Uposażony z Umowy Ubezpieczenia;

- 11) Skarga – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 12) wiek – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. W zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - Wariant L1) zgon, niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
 - Wariant L2) zgon oraz niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - Wariant L3) zgon Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem SWU VWL, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ubezpieczyciel objmie ochroną ubezpieczeniową leasingobiorcę, dla którego suma ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 5, określona na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia nie przekracza 250 000 PLN, oraz który spełnia poniższe warunki:
 - 1) jest osobą fizyczną, w tym osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub gospodarstwo rolne, jak również będąca współnikiem lub członkiem organów zarządzających w spółkach prawa handlowego prowadzi działalność gospodarczą lub gospodarstwo rolne jako podmiot, który zawiera z Ubezpieczającym umowę leasingową,
 - 2) w momencie zgłoszenia do ubezpieczenia jej wiek łącznie z okresem leasingowania nie przekracza 72 lat,
 - 3) wyraził zgodę na objęcie ochroną w formie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną.
2. W przypadku kwoty finansowania umową leasingu wyższej niż 250 000 PLN na jednego ubezpieczonego, objęcie ubezpieczeniem wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie.
3. Liczba Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia w ramach jednej umowy leasingowej nie może przekroczyć 4, przy czym w trakcie trwania umowy leasingowej Ubezpieczający nie może zgłosić do ubezpieczenia kolejnych osób.
4. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby w ramach jednej umowy leasingu, wysokość sum ubezpieczenia określonych w Rozdziale 5 jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

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 leasingowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub niezdolności do pracy,
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu zawarcia przez leasingobiorcę umowy leasingowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnych zachorowań.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. W przypadku leasingu w kwocie finansowania nieprzekraczającej, zgodnie z umową leasingu 250 000 PLN (bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej wynikającej z niniejszej umowy), suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy ubezpieczonego, w poszczególnym dniu obowiązywania umowy leasingu, równa jest części kapitałowej opłat leasingowych pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z harmonogramem spłat leasingu ustalonym przez Ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy leasingu.
2. W przypadku leasingu w kwocie finansowania przekraczającej, zgodnie z umową leasingu 250 000 PLN (bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej wynikającej z niniejszej umowy), suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w poszcze-



gólnym dniu trwania umowy leasingu stanowi procent sumy ubezpieczenia określonej w ust. 1. równy stosunkowo kwoty 250 000 PLN do łącznej wartości umowy do sfinansowania zgodnie z umową leasingu, bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej.

3. W przypadku leasingu w kwocie finansowania nieprzekraczającej, zgodnie z umową leasingu 250 000 PLN (bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej), suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, równa jest z uwzględnieniem zapisów SWU VWL, 6 – krotności regularnej raty leasingowej należnej zgodnie z harmonogramem spłat leasingu ustalonym przez Ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy leasingu, a jeśli jest to 6 ostatnich rat leasingowych – raty wraz z wartością końcową liczoną od ceny przedmiotu leasingu i wynoszącą: dla okresu leasingu 24 miesiące – 16%, dla okresu leasingu 36 miesięcy – 10%, dla okresu leasingu 48 miesięcy – 5%, dla okresu leasingu 60 miesięcy – 1%, nie więcej jednak niż pozostałe do spłaty zadłużenie, zgodnie z pierwszym harmonogramem spłaty, licząc od dnia zajścia poważnego zachorowania.
4. W przypadku leasingu w kwocie finansowania przekraczającej, zgodnie z umową leasingu, 250 000 PLN (bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej wynikającej z niniejszej umowy) suma ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, stanowi procent sumy ubezpieczenia określonej w ust. 3. równy stosunkowo kwoty 250 000 PLN do łącznej wartości umowy do sfinansowania zgodnie z umową leasingu, bez uwzględniania finansowanej składki ubezpieczeniowej.
5. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby w ramach jednej umowy leasingu, wysokość sum ubezpieczenia określonych w ust. od 1 do 4. jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

rozdz. 6

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki określa taryfa skladek obowiązująca w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

rozdz. 7

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,
 - 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 jednorazowo 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 teże 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.

UPRAWNIENIE DO ŚWIADCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

rozdz. 8

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 należy zgłosić Ubezpieczycielowi w ciągu 30 dni od dnia zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. 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:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - 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 w przypadku zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku),
 - 2) w przypadku niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji,
 - c) zaświadczenie od lekarza potwierdzające niezdolność do pracy nieszczęśliwego 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),
 - 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).
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.



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. 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.

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.

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 umowie leasingowej jako dzień spłaty ostatniego czynszu leasingowego, wynikającego z pierwotnego harmonogramu,
 - 3) w przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej,
 - 4) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu zgonu lub z tytułu niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 5) w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w dniu wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
 - 6) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia,
 - 7) w dniu rozwiązania umowy leasingu przed terminem, na który przypadał termin spłaty ostatniego czynszu leasingowego, przewidziany w harmonogramie (wcześniejsza spłata).

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 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) 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, lotnictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo 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 samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

PRZEDAWNIECIE ROSZCZEŃ

Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

SPOSÓB I TRYB SKŁADANIA SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego rozdziału, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
6. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
7. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
8. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
9. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

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 z umowy 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 albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU o indeksie VW_L/CAR/CPI_5_1.0/2015 mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

