

RÁMCOVÁ POJISTNÁ SMLOUVA / POJISTKA (dále také „rámcová smlouva“)

č. ČSBU 1/2009

uzavřená mezi níže uvedenými společnostmi:

Česká spořitelna, a. s.

se sídlem: Olbrachtova 1929/62, Praha 4, PSČ 140 00

IČ: 45244782

DIČ: CZ45244782

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka č. 1171

jednající: Ing. Jiřím Škorvagou, CSc., členem představenstva a náměstkem generálního ředitele
Mgr. Dušanem Baranem, MBA, místopředsedou představenstva a prvním náměstkem generálního ředitele

jako pojistník (dále jen „pojistník“)

na straně jedné

a

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group

se sídlem: nám. Republiky 115, Pardubice 530 02

IČ: 47452820

DIČ: CZ47452820

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Hradci Králové, oddíl B, vložka č. 855

jednající: RNDr. Petrem Zapletalem, předsedou představenstva a generálním ředitelem
Ing. Jaroslavem Kulhánkem, místopředsedou představenstva a náměstkem generálního ředitele

jako pojistitel (dále jen „pojistitel“)

na straně druhé.

OBSAH RÁMCOVÉ SMLOUVY

Článek 1	Úvodní ustanovení
Článek 2	Obecná ustanovení
Článek 3	Doba platnosti rámcové smlouvy
Článek 4	Rozsah pojištění
Článek 5	Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění
Článek 6	Počátek pojištění, pojistná období, změna pojištění, konec pojištění
Článek 7	Zánik jednotlivého pojištění
Článek 8	Pojistné
Článek 9	Podmínky pro likvidaci pojistné události
Článek 10	Pojistné plnění
Článek 11	Výluky z pojištění
Článek 12	Povinnosti pojistníka
Článek 13	Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti
Článek 14	Závěrečná ustanovení

PŘÍLOHY

Příloha 1	Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
-----------	--

Článek 1 Úvodní ustanovení

Pojištění, které na základě této rámcové smlouvy sjednává **Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“)** a **Česká spořitelna, a.s., (dále jen „pojistník“)**, se řídí právním řádem České republiky. Pro pojistný vztah, tj. pro veškerá práva a povinnosti pojistníka, resp. klientů pojistníka a pojistitele související s touto smlouvou, jejím plněním nebo porušením platí přednostně tato smlouva, a pokud jí nejsou příslušné podmínky upraveny, popř. jí neodporují, rovněž VPP Pojišťovny České spořitelny, které tvoří přílohu č. I této rámcové smlouvy a jsou její nedílnou součástí, a dále příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „**zákon o pojistné smlouvě**“), ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, a příslušná ustanovení dalších právních předpisů České republiky.

Článek 2 Obecná ustanovení

Pro účely této rámcové smlouvy platí tento výklad pojmů, který doplňuje pojmy uvedené ve VPP Pojišťovny České spořitelny:

- 2.1 Pojištěný (nebo také „klient pojistníka“) – majitel běžného účtu, který splnil podmínky uvedené v čl. 5 této rámcové smlouvy
- 2.2 Smlouva o běžném účtu – smlouva, kterou se zakládá běžný účet nebo jakýkoliv produkt který charakterem odpovídá běžnému účtu, který má klient pojistníka vedený u pojistníka (dále také „Smlouva“).
- 2.3 Majitel běžného účtu – klient pojistníka, který si zřídil u pojistníka běžný účet (dále také „Majitel Účtu“)
- 2.4 Resoluscitační program – časově omezená kampaň na pojišťování klientů pojistníka – majitelů běžných účtů, kdy pojistník předloží svému klientovi (majiteli běžného účtu) nabídku pojištění a pokud tento přistoupí k pojištění v rámci telefonického kontaktu klienta, stane se pojištěným.

Článek 3 Doba platnosti rámcové smlouvy

- 3.1 Tato rámcová smlouva se sjednává jako smlouva s běžným pojistným, měsíčním pojistným obdobím, na dobu neurčitou, a vstupuje v platnost dnem podpisu poslední ze smluvních stran. Tato smlouva nabývá účinnosti v 00:00 hod. prvního dne prvního kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém vstoupila v platnost.
- 3.2 Pro ukončení účinnosti této rámcové smlouvy využijí smluvní strany přednostně dohody, ve které budou stanoveny podmínky ukončení tak, aby nedošlo k poškození oprávněných zájmů pojištěných.
- 3.3 Každá ze smluvních stran může i bez udání důvodu tuto smlouvu písemně vypovědět. Výpovědní lhůta činí 3 měsíce a začíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla výpověď doručena druhé smluvní straně a končí uplynutím posledního dne posledního kalendářního měsíce.
- 3.4 Bude-li tato smlouva ukončena jiným způsobem, než dohodou ve smyslu odst. 3.2 tohoto článku, nebo nebude-li v dohodě o ukončení této rámcové smlouvy dohodnut termín ukončení pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám, potom ukončením účinnosti této rámcové smlouvy zanikají veškerá práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z této rámcové smlouvy s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění.

- 3.5 Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy a vztahujících se k jednotlivým smlouvám o běžném účtu nemá vliv na účinnost této rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vztahujících se k jednotlivým smlouvám o běžném účtu a vzniklých na základě této rámcové smlouvy.

Článek 4 Rozsah pojištění

Na základě této rámcové smlouvy se sjednává pojištění klientů pojistníka, kteří přistoupí způsobem uvedeným v odst. 5.1 článku 5 této rámcové smlouvy k pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu některého z níže uvedených souborů pojištění:

- a) v rozsahu základního souboru pojištění A (dále také jen „soubor pojištění A“):
Pojištění pro případ smrti, invalidity a pro případ pracovní neschopnosti
- b) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění B (dále také jen „soubor pojištění B“):
Pojištění pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání

Článek 5 Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

5.1

(A) Soubor pojištění A nebo A+

(pro případ smrti, invalidity a pro případ pracovní neschopnosti)

Pojištění v rozsahu souboru pojištění A nebo A + dle této rámcové smlouvy lze sjednat pro fyzickou osobu, která je majitelem běžného účtu vedeného pojistníkem a která se rozhodla při uzavření rámcové smlouvy o běžném účtu nebo kdykoliv v průběhu trvání rámcové smlouvy o běžném účtu, a to podpisem prohlášení uvedeného v Žádosti ke Smlouvě o běžném účtu nebo přistoupit k této rámcové smlouvě telefonicky (přistoupení na základě telefonického souhlasu) a dále splňuje ke dni vyslovení souhlasu s touto smlouvou, jakož i s VPP Pojišťovny České spořitelny následující podmínky nezbytné pro její vstup do daného typu pojištění:

- je mladší 60 let,
- je dle svého vědomí zdráva,
- není poživitelem invalidního důchodu
- není v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků,
- není v pracovní neschopnosti,
- souhlasí s tím, že je pojistitel oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření pojistných událostí dle § 50 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě;
- bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě porušení úvěrové smlouvy má pojistník právo jednostranně pozastavit platby pojistného pojistiteli se všemi důsledky s tím spojenými,
- bere na vědomí, že v souladu se zákonem o pojistné smlouvě jakékoli záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé prohlášení bude mít za následek odstoupení od pojištění a jeho zrušení od samého počátku
- byla seznámena a souhlasí s touto rámcovou smlouvou a s VPP Pojišťovny České spořitelny,

(B) Soubor pojištění B nebo B+

pro případ přistoupení k pojištění na základě Souboru pojištění B nebo B+ navíc:

- dle svého prohlášení je zaměstnána v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a byla zaměstnána v pracovním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících a není ve zkušební době;
- dle svého prohlášení nedala, ani jí nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušila se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr, ani jí nebyl zrušen ze strany

zaměstnavatele, neobdržela od zaměstnavatele ani nezaslala zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou.

- 5.2 Každému jednotlivému pojištěnému vzniká pojištění dnem, v němž pojistníkovi písemně prohlásí, že splňuje výše uvedené podmínky a že s pojištěním dle rámcové smlouvy souhlasí nebo okamžikem vyslovení ústního souhlasu pojištěného – majitele běžného účtu s pojištěním dle rámcové smlouvy a potvrzením pravdivosti prohlášení, že splňuje podmínky pojištění, a to v průběhu telefonického kontaktu majitele běžného účtu pojistníkem.
- 5.3 Prohlášení pojištěného dle odst. 5.1 čl. 5 této rámcové smlouvy se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato prohlášení resp. údaje uvedená pojištěným budou úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivá či neúplná, může pojistitel v případě každého jednotlivého pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat v souladu s § 23 zákona o pojistné smlouvě, avšak pouze ohledně takového jednotlivého pojištění. Přitom platí, že výše uvedený postup pojistitele dle § 23 zákona o pojistné smlouvě, a to pouze ohledně takového jednotlivého pojištění.

Článek 6

Počátek pojištění, pojistná období, změna pojištění, konec pojištění

- 6.1 Není-li touto rámcovou smlouvou stanoveno jinak, je pojistné období u jednotlivého pojištění konkrétního pojištěného kalendářní měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění a končí posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém bylo pojištění sjednáno. Poslední pojistné období začíná prvním dnem kalendářního měsíce, ve kterém nastala skutečnost, se kterou tato smlouva či zákon spojují konec tohoto pojištění, a končí dnem, ke kterému nastává konec pojištění.
- 6.2 Počátek jednotlivého pojištění pojištěných se stanoví na 00.00 hodin dne vyslovení souhlasu s pojištěním dle této rámcové smlouvy. Přistoupí-li pojištěný k pojištění na základě telefonického souhlasu v rámci resolucitačního programu, pak se počátek pojištění stanoví na 00.00 hod. následujícího pracovního dne po vyslovení telefonického souhlasu.
- 6.3 Konec pojištění se stanoví na 24.00 hodin dne, kdy Smlouva o běžném účtu jednotlivého pojištěného pozbude účinnosti, pokud není stanoveno v čl. 7 rámcové smlouvy jinak.
- 6.4 Délka pojistného období nemá vliv na výši pojistného tak, jak je tato sjednána na základě této rámcové smlouvy.
- 6.5 Na základě dohody může být změněn soubor pojištění pro pojištěného. Změna bude realizována zrušením stávajícího souboru pojištění a založením nově požadovaného souboru pojištění s tím, že nový soubor pojištění bude platný od prvního dne následujícího pojistného období.

Článek 7

Zánik jednotlivého pojištění

Pojištění zaniká (pojištěním se rozumí jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného):

- 7.1 dnem, kdy končí účinnost rámcové smlouvy o běžném účtu, k níž se pojištění vztahuje;
- 7.2 koncem pojistného období, v němž pojištěný dožije 70 let věku;
- 7.3 písemnou dohodou pojistníka pojistitele, ve které je určen okamžik zániku jednotlivého pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků; pojistitel tímto výslovně zmocňuje pojistníka k ukončení smluvního vztahu s pojištěným dohodou následovně:
Písemně na formuláři pojistníka, a to za těchto podmínek:
Pojištěný podá návrh na ukončení svého pojištění na příslušném formuláři pojistníka. K uzavření takovéto dohody o ukončení pojištění dochází akceptací návrhu na ukončení pojištění oprávněným zaměstnancem pojistníka. K akceptaci dohody dochází podpisem návrhu na ukončení pojištění dohodou oprávněným zaměstnancem pojistníka

a předáním jednoho originálu takto uzavřené dohody zpět pojištěnému. Druhý originál si ponechá pojistník. Pojištění zanikne ve 24.00 hod. posledního kalendářního dne v měsíci, v němž byl návrh na dohodu o ukončení pojištění podán a akceptován pojistníkem.

- 7.4 odstoupením od jednotlivého pojištění pojistitelem za podmínek dle § 23 zákona o pojistné smlouvě. Pojistitel se zavazuje, že od jednotlivého pojištění neodstoupí v případě, že již vyplatil z tohoto pojištění jakékoli pojistné plnění. Zanikne-li pojištění odstoupením pojistitele od pojištění, jsou si smluvní strany této rámcové smlouvy povinny vrátit veškerá vzájemně poskytnutá plnění související s pojištěním, od něhož pojistitel odstoupil. Pojistníkovi je vráceno zaplacené pojistné, snížené o náklady, jež pojistiteli vznikly v souvislosti se sjednáním a správou jednotlivého pojištění. Případná pohledávka pojistitele za pojistníkem na vrácení jimi vyplaceného pojistného plnění bude započtena proti pohledávce pojistníka za pojistitelem na vrácení pojistníkem zaplaceného pojistného;
- 7.5 v případě, že bude na běžném účtu pojištěného omezená dispozice s finančními prostředky pro úhradu nákladů spojených s jeho pojištěním; v tomto případě zaniká pojištění posledním dnem pojistného období, v němž taková situace nastala;
- 7.6 změnou osoby majitele účtu, v takovém případě pojištění zaniká dnem, ve kterém došlo k této změně;
- 7.7 odmítnutím plnění pojistitelem za podmínek dle § 24 zákona o pojistné smlouvě;
- 7.8 dalšími způsoby uvedenými na jiném místě této rámcové smlouvy, ve VPP Pojišťovny České spořitelny nebo stanovenými zákonem, a to vždy na základě té právní skutečnosti, která nastane dříve.

Článek 8 Pojistné

- 8.1 Výše pojistného za pojištění jednotlivého pojištěného, hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období, v rozsahu sjednaného souboru pojištění, je určena vzájemnou dohodou pojistníka a pojistitele, a je vždy v aktuální výši uvedena v Sazebníku České spořitelny, a. s., pro bankovní obchody.
- 8.2 Pojistník je povinen uhradit sjednané pojistné za každé pojistné období za jednotlivé pojištění každého pojištěného na účet pojistitele.

Článek 9 Podmínky pro likvidaci pojistné události

- 9.1 Pojištěný, u kterého nastala pojistná událost, a v případě smrti pojištěného osoby určené způsobem dle § 51 zákona o pojistné smlouvě jsou povinni poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:
- a) V případě smrti pojištěného poskytnout pojistiteli
- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“, na kterém bude mít potvrzenou existenci běžného účtu a k němu sjednaného pojištění ke dni pojistné události
 - ověřenou kopii úmrtního listu (úředně, např. notářem nebo matrikou),
 - sdělení lékaře o příčině úmrtí, kopii „Listu o prohlídce mrtvého“ (kopii pitevního protokolu),
 - v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR.
- b) V případě invalidity pojištěného poskytnout pojistiteli
- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“, na kterém bude mít potvrzenou existenci běžného účtu a k němu sjednaného pojištění ke dni pojistné události
 - ověřenou (úředně, např. notářem nebo matrikou) kopii rozhodnutí příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení spolu s kopií lékařské zprávy o zdravotním stavu, na jejímž základě byla invalidita přiznána

- ověřenou (úředně, např. notářem nebo matrikou) kopii „Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu“ od České správy sociálního zabezpečení.
- c) V případě pracovní neschopnosti pojištěného poskytnout pojistiteli
- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
 - kopii potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného vystaveného lékařem s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti, se stanovením příslušného čísla diagnózy a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou lékaře),
 - došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
 - potvrzení zaměstnavatele nebo kopii živnostenského listu, pokud je pojištěný osoba samostatně výdělečně činná (dále též „OSVČ“), nebo kopii zápočtového listu, pokud není pojištěný zaměstnán v pracovním poměru.
- d) V případě nezaměstnanosti pojištěného poskytnout pojistiteli
- vyplněný příslušný formulář pojistitele "Hlášení pojistné události",
 - kopii „Pracovní smlouvy včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě“,
 - kopii „Dokladu o rozvázání pracovního poměru“ (výpověď z pracovního poměru, dohoda o ukončení pracovního poměru apod.),
 - kopii rozhodnutí, že je pojištěný veden v evidenci u příslušného úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání,
 - kopie všech pracovních smluv uzavřených na dobu určitou nebo neurčitou včetně podepsaných dodatků k pracovním smlouvám, ze kterých vyplývá, že pojištěný byl zaměstnán nejméně 12 měsíců před počátkem pojištění.
- 9.2 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, popřípadě s osobami určenými způsobem uvedeným v § 51 zákona o pojistné smlouvě.
- 9.3 Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí být pojistiteli doloženo pojištěným nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však do 10. dne následujícího kalendářního měsíce za měsíc, ve kterém byl pojištěný práce neschopný nebo nezaměstnaný, a to zasláním:
- V případě pracovní neschopnosti: kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie "Potvrzení pracovní neschopnosti" s vyznačením pravidelných uskutečněných i navrhovaných kontrol u lékaře nebo kopie „Průkazu o trvání pracovní neschopnosti (tzv. „lístku na peníze“).
- V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojistitel pojištěného za práce schopného a svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato pracovní neschopnost trvá nebo trvala.
- V případě nezaměstnanosti: kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání a pobírá podporu v nezaměstnanosti nebo je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání a pobírá dávky sociálního charakteru či státní sociální podpory nahrazující podporu v nezaměstnanosti. V případě nedoložení tohoto dokladu považuje pojistitel svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.
- 9.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považuje za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení dokladů či jiných dokumentů bude v tomto případě provedeno výhradně na náklady pojistitele, pokud o jejich provedení či předložení požádal. Náklady spojené s vyplněním formuláře „Hlášení pojistné události“ hradí pojištěný.
- 9.5 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení pracovní neschopnosti předložením kopie lékařského potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti.
- 9.6 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení nezaměstnanosti předložením kopie potvrzení o ukončení evidence u příslušného úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání či jiným dokladem prokazujícím ukončení jeho nezaměstnanosti.

- 9.7 Pojištěný je povinen poskytnout pojistiteli součinnost v souladu s touto smlouvou v případě, že pojistitel uplatní oprávnění zjišťovat a přezkoumat skutečnosti důležité pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Článek 10 Pojistné plnění

- 10.1 V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této rámcové smlouvy a VPP Pojišťovny České spořitelny a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného nebo osob uvedených v odst. 9.1 čl. 9 této rámcové smlouvy doklady uvedené v odst. 9.1 čl. 9 této rámcové smlouvy, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění oprávněné osobě, případně obmyšlené osobě, do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledky oprávněné osobě, případně obmyšlenému.
- 10.2 Nemůže-li být šetření skončeno do tří měsíců po tom, co byla pojistiteli pojistná událost oznámena (§ 16 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě), je pojistitel povinen sdělit písemně oprávněné osobě, případně obmyšlenému, důvody, pro které nelze šetření ukončit, popř. oprávněnou osobu, případně obmyšleného informovat o přerušení této lhůty.
- 10.3 Lhůta tří měsíců dle předchozího písmene neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojištěného nebo osob určeným způsobem uvedeným v § 51 zákona o pojistné smlouvě.
- 10.4 Na právo na pojistné plnění nemá vliv zánik pojištění, pokud k zániku pojištění došlo po vzniku pojistné události a právo na pojistné plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v zákonné lhůtě.
- 10.5 Oprávněnou osobou je pojištěný, kterému v případě pojistné události v důsledku pracovní neschopnosti, invalidity nebo nezaměstnanosti v důsledku ztráty zaměstnání vznikne právo na pojistné plnění.
- 10.6 Obmyšlenou osobou je osoba určená způsobem dle § 51 ve spojení s § 53 odst. 2 zákona o pojistné smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v důsledku smrti pojištěného.
- 10.7 Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:
- a) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A nebo v rozsahu souboru pojištění B:
V případě splnění podmínek pro výplatu pojistného plnění uvedených ve VPP Pojišťovny České spořitelny, vyplatí pojistitel **jednorázové pojistné plnění ve výši 25 000,-- Kč (slovy: dvacet pět tisíc korun českých)** na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním dle čl. 5 této rámcové smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.
- b) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A+ nebo v rozsahu souboru pojištění B+:
V případě splnění podmínek pro výplatu pojistného plnění uvedených ve VPP Pojišťovny České spořitelny, vyplatí pojistitel **jednorázové pojistné plnění ve výši 50 000,-- Kč (slovy: padesát tisíc korun českých)** na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním dle čl. 5 této rámcové smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.
- 10.8 Pojistné plnění v případě pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci:
- a) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A nebo v rozsahu souboru pojištění B:
V případě splnění podmínek pro výplatu pojistného plnění uvedených ve VPP Pojišťovny České spořitelny, vyplatí pojistitel **jednorázové pojistné plnění ve výši 25 000,-- Kč (slovy: dvacet pět tisíc korun českých)** na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním dle této rámcové smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.
- b) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A+ nebo v rozsahu souboru pojištění B+:
V případě splnění podmínek pro výplatu pojistného plnění uvedených ve VPP Pojišťovny České spořitelny, vyplatí pojistitel **jednorázové pojistné plnění ve výši 50 000,-- Kč (slovy: padesát tisíc korun českých)** na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním dle článku 5 této rámcové smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

- c) Dojde-li v posledních dvou letech před uznáním pojištěného invalidním ke změně rozsahu pojištění na A+ nebo B+, vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel částku platnou po jejím zvýšení (dle rozsahu pojištění A + nebo B +).

10.9 Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

- a) Výše pojistného plnění se stanoví takto:

Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A nebo v rozsahu souboru pojištění B:

Za každý kalendářní měsíc trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného uhradí pojistitel pojištěnému částku ve výši 2.500,-- Kč.

První částku ve výši 2.500,-- Kč uhradí pojistitel pojištěnému za měsíc, ve kterém bude pojištěný 60. kalendářní den v plné pracovní neschopnosti.

Pro případy, kdy plná pracovní neschopnost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), bude částka 2.500,-- Kč vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného.

- b) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění A+ nebo v rozsahu souboru pojištění B+:

Za každý kalendářní měsíc trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného uhradí pojistitel pojištěnému částku ve výši 5.000,-- Kč.

První částku ve výši 5.000,-- Kč uhradí pojistitel pojištěnému za měsíc, ve kterém bude pojištěný 60. kalendářní den v plné pracovní neschopnosti.

Pro případy, kdy plná pracovní neschopnost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), bude částka 5.000,-- Kč vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného.

- c) V případě pracovní neschopnosti pojištěného, který je osobou samostatně výdělečně činnou a nesplnil některou z podmínek pro vstup do pojištění pro případ ztráty zaměstnání (tj., že je zaměstnán v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a byl zaměstnán v pracovním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících před vznikem pojištění ve smyslu odstavce 5.1 B) článku 5 této rámcové smlouvy a že není ve zkušební době, nedal ani mu nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušil se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani mu nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele a neobdržel od zaměstnavatele ani nezaslal zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou), bude tomuto pojištěnému poskytnuto pojistné plnění ve výši dvojnásobku pojistného plnění dle této rámcové smlouvy.

- d) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Výše plnění se rovná částce ve výši 2.500,-- Kč (v případě souboru pojištění A nebo B) nebo ve výši 5.000,-- Kč (v případě souboru pojištění A+ nebo B+) za každý kalendářní měsíc trvání pracovní neschopnosti pojištěného. Pro případy, kdy pracovní neschopnost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), bude částka 2.500,-- Kč (v případě souboru pojištění A nebo B) nebo částka 5.000,-- Kč (v případě souboru pojištění A+ nebo B+) vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání pracovní neschopnosti pojištěného. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek uvedených pod písmenem a/ tohoto odstavce.

- e) Omezení pojistného plnění v případě pojistné události způsobené pracovní neschopností pojištěného - u každého jednoho pojištěného plnění z jedné pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti může činit maximálně 6 měsíčních částek.
- f) Pro případ pracovní neschopnosti je stanovena čekací doba v délce 8 po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne sjednaného jako vznik pojištění dle č. 5 této rámcové smlouvy (tj. účinnosti Žádosti ke Smlouvě o běžném účtu) výlučně pro případ pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství. Tato lhůta bude uplatněna bez výjimky vždy. V této lhůtě není pracovní neschopnost považována za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.

10.10 Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání

Plnění v případě pojistné události v podobě ztráty zaměstnání pojištěného a v případě splnění podmínek pro výplatu pojistného plnění uvedených ve VPP Pojišťovny České spořitelny, vyplatí pojistitel pojistné plnění takto:

- a) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění B:

Výše pojistného plnění se stanoví takto:

Za každý kalendářní měsíc trvání nezaměstnanosti pojištěného, uhradí pojistitel pojištěnému částku ve výši 2.500,-- Kč.

První částku ve výši 2.500,-- Kč uhradí pojistitel pojištěnému za měsíc, ve kterém bude pojištěný 60. kalendářní den nezaměstnaný.

Pro případy, kdy nezaměstnanost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc nezaměstnanosti pojištěného bude neúplný), bude částka 2.500,-- Kč vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání nezaměstnanosti pojištěného.

- b) Pro pojištěné v rozsahu souboru pojištění B+:

Výše pojistného plnění se stanoví takto:

Za každý kalendářní měsíc trvání nezaměstnanosti pojištěného, uhradí pojistitel pojištěnému částku ve výši 5.000,-- Kč.

První částku ve výši 5.000,-- Kč uhradí pojistitel pojištěnému za měsíc, ve kterém bude pojištěný 60. den nezaměstnaný.

Pro případy, kdy nezaměstnanost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc nezaměstnanosti pojištěného bude neúplný), bude částka 5.000,-- Kč vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání nezaměstnanosti pojištěného.

- c) Omezení pojistného plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání - u každého jednoho pojištěného může pojistné plnění z jedné pojistné události v podobě ztráty zaměstnání činit maximálně 6 měsíčních částek.

Článek 11 Výluky z pojištění

Pro pojištění platí výluky z pojištění uvedené ve VPP Pojišťovny České spořitelny.

Článek 12 Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- a) platit pojistiteli pojistné dle čl. 8 této rámcové smlouvy.
- b) odpovědět pojistiteli pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se závazků pojištěného vůči pojistníkovi a stavu jejich plnění, které souvisejí s pojištěním dle této rámcové smlouvy.
- c) poskytovat pojistiteli na základě jeho odůvodněného požadavku mu poskytovat další informace, přehledy či výkazy v této smlouvě neuvedené, které souvisí s pojištěním,

jsou pojistníkovi běžně k dispozici, a nebude-li tak porušeno obchodní či bankovní tajemství pojistníka ani pojistníkova povinnost mlčenlivosti uložená právními předpisy.

- d) informovat pojistitele o majitelích běžných účtů, ke kterým bylo sjednáno pojištění dle této rámcové smlouvy.
- e) prokazatelně seznámit pojištěného s obsahem této rámcové smlouvy a s VPP Pojišťovny České spořitelny a předat mu kopie VPP Pojišťovny České spořitelny.

Článek 13

Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

- 13.1 Pojistitel je povinen
 - a) poskytovat školení o pojištění podle této rámcové smlouvy pojistníkovi nebo jím zmocněným osobám, které vstupují do kontaktu s pojistitelnými osobami a pojištěnými.
 - b) poskytovat pojistníkovi v případě plnění z pojistné události informace týkající se čísla běžného účtu, jména a příjmení pojištěného a jeho data narození.
 - c) zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně stanovení odpovědných osob.
- 13.2 Veškerá ujednání rámcové smlouvy vztahující se k předmětu plnění, ceně za plnění, podmínkám plnění, jakož i k jiným smluvním ujednáním, mohou být sdělena a zpřístupněna jakémukoli subjektu v rámci finanční skupiny Erste Bank Group a v rámci pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group.
- 13.3 S výjimkou uvedenou v pravidlech o zpracování osobních údajů obsažených ve VPP Pojišťovny České spořitelny jsou pojistitel a pojistník povinni zachovávat mlčenlivost o obchodním tajemství druhé strany této rámcové smlouvy a o ostatních skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu činnosti podle této rámcové smlouvy. Zejména jsou povinni chránit informace a údaje o pojištěných, obchodních podmínkách, know – how druhé strany, jakož i informace týkající se smluvních stran této rámcové smlouvy, jejího plnění nebo porušení. Tato povinnost přetrvává ještě 5 let po skončení smluvního vztahu z této rámcové smlouvy. V případě porušení této povinnosti mlčenlivosti je smluvní strana, jíž se porušení týká, oprávněna požadovat na smluvní straně, která porušila povinnost mlčenlivosti dle tohoto odstavce, úhradu smluvní pokuty ve výši 500.000,-- Kč (slovy: pětsettisickorunčeských) za každý případ porušení této povinnosti. Tato smluvní pokuta je splatná do 30 dnů ode dne, kdy smluvní strana, která porušila povinnost mlčenlivosti, obdrží písemnou výzvu smluvní strany porušením dotčené k zaplacení smluvní pokuty. Tímto ustanovením není dotčeno oprávnění smluvních stran dle odst. 13.2 tohoto článku.

Článek 14

Závěrečná ustanovení

- 14.1 Tuto rámcovou smlouvu lze měnit a doplňovat jen se souhlasem obou smluvních stran formou písemných a číslovaných dodatků, které budou podepsány osobami oprávněnými jednat a podepisovat za smluvní strany. Identifikační údaje týkající se smluvních stran a adresy pro listovní či elektronické doručování těmto stranám lze však měnit i jednostranným oznámením doručeným ostatním smluvním stranám a provedeným v dostatečném předstihu tou smluvní stranou, které se týkají, a to způsobem dle článku 13 VPP Pojišťovny České spořitelny.
- 14.2 Veškeré spory vzniklé z této rámcové smlouvy či v souvislosti s ní, s jejím plněním či porušením ohledně práv a povinností z ní vyplývajících budou řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.
- 14.3 Každá smluvní strana této rámcové smlouvy je povinna komunikovat veškeré záležitosti týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, jakož i jejího plnění či porušení výhradně

s druhou smluvní stranou této rámcové smlouvy, a to doručení písemností na její adresu uvedenou v záhlaví této rámcové smlouvy či zasíláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a opatřených zaručeným elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance pojištěného založeným na kvalifikovaném certifikátu ve smyslu zákona č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů, v platném znění.

- 14.4 Každá smluvní strana je povinna informovat způsobem dle předchozího odstavce druhou smluvní stranu této rámcové smlouvy o každé změně své adresy pro doručování, a to bez zbytečného odkladu po takové změně.
- 14.5 Podání smluvních stran učiněná v souladu s touto smlouvou nabývají účinnosti dnem svého doručení svým adresátům. Pokud nejsou podání doručena z důvodu odmítnutí jejich převzetí, považují se za doručena dnem, kdy bylo jejich přijetí odmítnuto. V případě vrácení zásilky poštou po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách držitele poštovní licence je dnem doručení písemností poslední den stanovené lhůty.
- 14.6 Rámcová smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jeden stejnopis.
- 14.7 Smluvní strany prohlašují, že si tuto rámcovou smlouvu včetně jejích příloh před jejím podpisem přečetly, že s jejím zněním souhlasí a že byla uzavřena po vzájemném projednání podle jejich svobodné a vážné vůle, určitě a srozumitelně, že nebyla uzavřena v tísní ani za jinak jednostranně nevýhodných podmínek. Autentičnost rámcové smlouvy potvrzují svým podpisem.
- 14.8 V případě rozporu mezi textem rámcové smlouvy a VPP Pojišťovny České spořitelny má přednost text této rámcové smlouvy.
- 14.9 V případě, že některé ustanovení této rámcové smlouvy bude neplatné či nevymahatelné, neovlivní to platnost či vymahatelnost ostatních ustanovení rámcové smlouvy.

V Praze dne 15. 12. 2009

Česká spořitelna, a. s.



Ing. Jiří Škorvaga, CSc.
člen představenstva
a náměstek generálního ředitele




Mgr. Dušan Baran, MBA
místopředseda představenstva
a první náměstek generálního ředitele

**Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna
Insurance Group**



RNDr. Petr Zapletal
předseda představenstva a generální ředitel



Ing. Jaroslav Kulhánek
místopředseda představenstva a
náměstek generálního ředitele

**Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group
centrála**

3

Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění

SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o smlouvě (dále jen „zákon“), zákon č. 363/1999 Sb., o pojištnictví, a ostatní právní předpisy České republiky, ujednání smlouvy v rozsahu, v němž takovým ujednáním neodporují, a rovněž tyto Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění uvedené ve smlouvě.

OBECNÁ USTANOVENÍ

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro účely sjednaného pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

- a) **běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- b) **čekací doba** – lhůta ve dnech stanovená ve smlouvě ode dne sjednaného jako počátek pojištění, v této lhůtě nevzniká pojištělci povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi; tato lhůta se uplatňuje také v případech dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného
- c) **nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku
- d) **nezaměstnaná osoba** – každá osoba, která není zaměstnána v pracovním poměru nebo obdobném právním vztahu, ani nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a která je v České republice registrována na příslušném úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání
- e) **nezaměstnanost** – stav nezaměstnané osoby dle kritérií uvedených v těchto pojistných podmínkách pro ztrátu zaměstnání
- f) **obmyslený** – osoba určená ve smlouvě nebo dle zákona, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- g) **oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti, invalidity nebo v případě nezaměstnanosti v důsledku ztráty zaměstnání
- h) **invalidita** – skutečnost, kdy je pojištěnému během pojistné doby přiznána podle platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci
- i) **pojistitel** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona; pro účely smlouvy je to Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
- j) **pojistná částka** – smlouvou dohodnutá částka, kterou je pojistitel povinen vyplatit v případě pojistné události
- k) **pojistná doba** – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem uvedeným jako počátek pojištění a končí dnem uvedeným jako konec pojištění v pojistné smlouvě
- l) **pojistná událost** – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- m) **pojistné období** – časové období dohodnuté ve smlouvě, za které platí pojištění pojistné
- n) **pojistné plnění** – peněžité plnění, které je pojistitel podle smlouvy povinen vyplatit oprávněné nebo obmyslené osobě, nastane-li pojistná událost
- o) **pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím
- p) **pojistník** – právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- q) **pojištění obnosové** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnutého pojistného plnění v důsledku pojistné události smrti nebo invalidity 3. stupně ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody
- r) **pojištění škodové** – pojištění, jehož účelem je náhrada škody vzniklé v důsledku pojistné události pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání
- s) **pojištěný** – osoba, na jejíž život, zdraví nebo změru osobního postavení se pojištění vztahuje
- t) **pověřené zdravotnické zařízení** – zdravotnické zařízení, se kterým má pojistitel smluvně dohodnutou spolupráci a které dle ustanovení zákona pojistitel pověřil zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného
- u) **pracovní neschopnost** – celková lékařem konstatovaná neschopnost pojištěného vykonávat jakoukoliv profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk v důsledku úrazu nebo nemoci za podmínky, že k prvnímu dni přerušeni pracovní činnosti pojištěný skutečně tuto profesní činnost vykonával
- v) **rámcová pojistná smlouva** (dále jen „smlouva“) – smluvní vztah uzavřený mezi pojistitelem a pojistníkem, na jehož základě jsou sjednávána pojištění jednotlivých pojištěných
- w) **úraz** – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávislé na vůli pojištěného, ke kterému došlo během pojistné doby a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

1. a) Pojistitel v rámci soukromého životního pojištění sjednává pro pojištěného tato rizika:
 - pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin,
 - pojištění pro případ invalidity 3. stupně v důsledku úrazu nebo nemoci.Soukromé životní pojištění se sjednává jako pojištění obnosové.
- b) Pojistitel v rámci soukromého neživotního pojištění sjednává pro pojištěného tato rizika:
 - pojištění pro případ pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci,
 - pojištění pro případ ztráty zaměstnání.Soukromé neživotní pojištění se sjednává jako pojištění škodové.
- c) Pojistitel může pro pojištěného sjednat i jiné druhy pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo smlouvou, platí pro ně ta ustanovení těchto všeobecných pojistných podmínek, která jsou mu povahou a účelem nejbližší.
2. Pojistník uzavírá pojištění pro pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka (dále jen „pojištění cizího pojistného rizika“). Pojistník je povinen seznámit pojištěného s podmínkami a rozsahem jeho pojištění v souladu se zákonem.
3. Jednotlivá pojištění mohou být uzavřena i ve prospěch třetí osoby.

ČLÁNEK 3 – Rozsah pojištění

1. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI Z JAKÝCHKOLIV PŘÍČIN

Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde během pojistné doby. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit obmyslené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) pojištění zaniká smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

- a) V případě smrti pojištěného z jakýchkoli příčin během pojistné doby vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky dle smlouvy.
- b) Dojde-li ke smrti pojištěného do doby dvou let od počátku pojištění následkem jakéhokoli onemocnění, které nastalo nebo bylo diagnostikováno před počátkem pojištění, pojištění zaniká bez náhrady a bez výplaty pojistného plnění, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- c) V případě smrti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje smrt toho pojištěného, u kterého nastala jeho pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se smrt pojištěného, u kterého nastala pojistná událost v druhém v pořadí. V případě smrti prvního a druhého pojištěného se stejným datem a okamžikem pojistné události, bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši pojistné částky dle smlouvy.

2. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

Pojistnou událostí je přiznání invalidity 3. stupně pojištěnému z důvodu úrazu nebo nemoci, k nimž dojde během pojistné doby.

Předpoklady pro přiznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70% (jedná se o invaliditu 3. stupně).

Pracovní schopnosti se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvallifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě. Přiznáním následně (opětovně) invalidity pojištění zaniká.

Pojistné plnění v případě invalidity pojištěného:

- a) V případě pojištění invalidity, kdy bude pojištěnému přiznána invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci, nejdříve po dvou letech od okamžiku počátku pojištění ve smyslu smlouvy, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši stanovené ve smlouvě. Splnění podmínky dvou let se nevyžaduje, pokud byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění. Pokud bude pojištěnému přiznána následná (opětovně) invalidita, vyplatí dále pojistitel jednorázové pojistné plnění určené zvláště pro tento případ v pojistné smlouvě.
- b) O uplatňovaném nároku rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.
- c) Pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci je sjednáno maximálně do 65 let věku pojištěného.
- d) Pojistitel neplní v případě, že onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.
- e) V případě invalidity prvního i druhého pojištěného je v případě, že smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) se nejprve posuzuje invalidita toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se invalidita pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě invalidity prvního a druhého pojištěného se stejným datem pojistné události bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené smlouvou.

3. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI Z DŮVODU ÚRAZU NEBO NEMOCI

Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 60 dní a k níž došlo během pojistné doby.

Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

- a) Nárok na pojistné plnění z důvodu pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
- b) Plněním v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištění nezaniká s výjimkou případu dovršení horní hranice pojistného plnění, uvedeného ve smlouvě.
- c) Pro účely těchto pojistných podmínek se má za to, že pracovní neschopnost u pojištěného nastala ode dne uvedeného v Potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojištělci předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveného lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v jehož lékařské péči pojištěný byl nebo je v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušeni pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pokud není na Potvrzení o pracovní neschopnosti uvedeno příslušné číslo diagnózy, je pojištěný povinen doložit samostatně lékařské potvrzení s příslušným číselným označením diagnózy již při oznámení pracovní neschopnosti pojistiteli a následně při pokračování pracovní neschopnosti.
- d) Pojistitel neplní v případě pokračování a recidivy (opakování) nemocí neplní za následky nemoci nebo úrazu, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.
- e) Pojistitelem je stanovena čekací doba v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dnů ode dne sjednaného jako vznik pojištění dle ustanovení platné smlouvy. Tato lhůta bude uplatněna pouze v případě dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného. V této lhůtě pracovní neschopnost není považována za pojistnou událost a oprávněné osobě nevzniká nárok na pojistné plnění.
- f) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní

pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.

- g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojistěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojistěného, u kterého nastala jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojistěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního a druhého pojistěného se stejným datem vzniku pracovní neschopnosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou pracovních neschopností poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou.
- h) Pokud jedna pracovní neschopnost pojistěného skončí a druhá pracovní neschopnost pojistěného dále pokračuje, bude poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY ZAMĚSTNÁNÍ

Pojistnou událostí je nezaměstnanost pojistěného v důsledku ztráty zaměstnání v pracovním nebo ve služebním poměru, přičemž nezaměstnanost pojistěného musí trvat nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní (mimo čekací dobu) a musí k ní dojít během pojistné doby.

Čekací doba je v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dnů ode dne sjednaného jako počátek pojištění pojistnou smlouvou. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojistěného nejsou považovány za pojistnou událost a pojistěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.

Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplácet oprávněné osobě.

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojistěného:

- a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojistěného vznikne, nastala-li nezaměstnanost pojistěného po uplynutí čekací doby pojistitele dle smlouvy a pokud nezaměstnanost pojistěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
- b) Plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojistěného nezanká, s výjimkou případu dosažení horní hranice vyplaceného pojistného plnění uvedené ve smlouvě.
- c) V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního i druhého pojistěného se nejprve posuzuje nezaměstnanost toho pojistěného, u kterého nastala jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojistěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního a druhého pojistěného se stejným datem vzniku nezaměstnanosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou nezaměstnaností poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou a dle podmínek odstavce 4 tohoto článku.
- d) Pokud jedna nezaměstnanost pojistěného skončí a druhá nezaměstnanost pojistěného dále pokračuje, bude poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé nezaměstnanosti dle podmínek odstavce 4.
- e) Pro účely pojištění podle těchto všeobecných pojistných podmínek se zaměstnáním rozumí služební poměr a mzdu odtě plat.
- f) V případě souběhu pojistných událostí u jednoho (příp. i u druhého) pojistěného v podobě nezaměstnanosti pojistěného v důsledku ztráty zaměstnání a pracovní neschopnosti plní pojistitel pouze z titulu té pojistné události, která nastala jako první v pořadí. Z titulu pojistné události, která nastala jako druhá v pořadí, poskytuje dále pojistitel plnění za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události jsou jinak splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události.

ČLÁNEK 4 – Uzavření smlouvy

1. Smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
2. Pojištění vzniká pro každého pojistěného za podmínek uvedených ve smlouvě.
3. V případě, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od zjištění této skutečnosti oznámení o zániku pojištění. V tomto případě pojistitel nevzniká závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku ve smlouvě označenou jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o zániku pojištění.
4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojistěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoli příčin.
5. Pojistník a pojištění jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávání pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
6. Pojištění je zejména povinen umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jeho zdravotní stav, oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečnosti, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.
7. Na základě písemného souhlasu pojistěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojistěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil(a), léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě, pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příjmy smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojištění dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištění zproutuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedení informace. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní. Skutečnosti, týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovněm, popř. jejich společným institucím nebo v souladu s právním předpisem.
8. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
9. Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakýkoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li ve smlouvě ujednáno jinak.

ČLÁNEK 5 – Forma právních úkonů

Smlouva a všechny ostatní právní úkony, týkající se pojištění, musí mít písemnou formu, není-li ve smlouvě dohodnuto jinak.

ČLÁNEK 6 – Zpracování osobních údajů pojištěného

1. Pojištěný výslovným souhlasem se smlouvou v souvislosti se svým přihlášením do pojištění současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem č. 103/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), aby jeho osobní údaje včetně údajů cizích dle § 4 písm. b) citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, za účelem pojištění (resp. likvidace pojistných událostí), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Pojištěný prohlašuje, že byl v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů a správců osobních údajů. Pojištěný souhlasí s předáváním svých osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona o ochraně osobních údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávát pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona o ochraně osobních údajů Úřadem pro ochranu osobních údajů. Tento souhlas je pojištěným udělován i pro účely získávání údajů o jeho zdravotním stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (pověřených zdravotnických zařízení) v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zák. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a opravňuje tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní poskytovny tyto informace, a to i o jeho smrti, pojistiteli sdělovat a dále zmocňuje příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Pojištěný výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s navrhovaným pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.
2. Pojistitel prohlašuje, že bude dodržovat veškeré povinnosti mu uložené výše uvedeným zákonem o ochraně osobních údajů.
3. Pojistník i pojistitel se zavazují vzájemně si předávat média a data – osobní údaje pojištěného – v šifrované nebo jinak zabezpečené podobě tak, aby nedošlo k neoprávněnému přístupu k těmto médiím nebo datům nebo k jakémukoli zneužití neoprávněnou osobou. Dále se zavazují pojistník i pojistitel zajistit nejvyšší možné standardy technického a organizačního zabezpečení a přenosu dat, jaké lze s ohledem na předmět této smlouvy a postavení smluvních stran důvodně požadovat.

ČLÁNEK 7 – Změny pojištění

1. Pokud se smluvní strany dohodnou na změně rozsahu jednotlivého pojištění již sjednaného, stává se taková změna účinnou dnem dohodnutým ve smlouvě.
2. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik jednotlivého pojištění.
3. Pokud pojistník požádá o změnu jednotlivého pojištění a je-li s ní spojena změna pojistného, souhlasí pojistník s jeho úpravou v nezbytně nutně vyšší odpovídající změněm pojištění.

ČLÁNEK 8 – Pojistné a placení pojistného

1. Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena ve smlouvě.
2. Výše a splatnost pojistného se určují podle sazeb pro jednotlivá pojištění a jsou uvedeny ve smlouvě, popř. v platném sazebníku pojistníka.
3. Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým ve smlouvě jako počátek pojištění. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.
4. Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesoúhlasí a svůj nesoúhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.
5. Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.

ČLÁNEK 9 – Pojistná událost

1. Pojistnou událostí se rozumí všechny nebo některé následující skutečnosti podle ustanovení smlouvy, ke kterým dojde během pojistné doby:
 - a) smrt z jakýchkoli příčin,
 - b) invalidita 3. stupně v důsledku úrazu nebo nemoci,
 - c) pracovní neschopnost v důsledku úrazu nebo nemoci,
 - d) nezaměstnanost pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání,
 - e) jiná skutečnost související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného, která je sjednaná ve smlouvě.
2. Územní platnost pojištění není omezena. Výjimku tvoří pojištění pro případ ztráty zaměstnání, jehož platnost je omezena územím České republiky.
3. Oznámením pojistné události se rozumí písemné předání úplné a pravdivé vyplněného formuláře hlášení pojistné události, včetně všech požadovaných a v době nahlášení pojistné události dostupných příloh. Doklady, které si pojistitel vyžádá v rámci šetření pojistné události, je pojištěný povinen předávat písemně.

A. Povinnosti pojištěného:

- a) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření a pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, vyplnit formulář „Hlášení pojistné události“, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě.
- b) Podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem.
- c) Rádit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření.
- d) Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- e) Oznamit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.
- f) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření.
- g) Rádit se pokyny lékaře, podrobit se nařazeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim.
- h) Pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

B. Důsledky porušení povinností:

- a) Pojistitel není povinen plnit, jestliže pojištěný nebo osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě porušila povinnosti uvedené v článku 9 bod A písm. b), d) a dále v případě písm. f), pokud nelze nepochybně prokázat datum vzniku pojistné události.

- b) Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně nebo ve smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejich následků anebo na zjištění nebo určení pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění ze smlouvy snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.

C. Povinnosti pojistitele

- a) Pojistitel je povinen provést šetření každé pojistné události, o které se dozví, a písemně informovat oprávněnou osobu, případně obmyšlenou osobu, o výsledku šetření v souladu s ustanovením smlouvy.
 b) Pojistitel je povinen informovat neprodleně pojistníka o každé pojistné události či jiné skutečnosti, která má vliv na rozsah či trvání jednotlivého pojištění a která mu byla nahlášena pojistěným, jeho právním nástupcem, příp. osobou stanovenou v souladu se zákonem.
 c) Pojistitel je povinen informovat neprodleně pojistníka o jakýchkoli písemných sděleních pojistěných, jejich právních nástupců, příp. osob stanovených v souladu se zákonem.

ČLÁNEK 10 – Pojistné plnění

- Pojistné plnění je omezeno horní hranicí, danou pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění ve smlouvě.
- V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou.
- Opakované pojistné plnění se vyplácí oprávněné osobě, které vzniklo právo na výplatu pojistného plnění v dohodnutých obdobích, nejdéle však po dobu a ve výši vypočtené podle zásad pro její stanovení stanovených ve smlouvě.
- Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinností plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, oznámena. Lhůta stanovená pro ukončení šetření neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojistěného. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťovací úkony a obnoví šetření pojistné události na vlastní náklady, není povinen o přerušení běhu lhůty stanovené pro ukončení šetření informovat oprávněnou či obmyšlenou osobu. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí výsledky šetření nutného ke zjištění výše pojistného plnění obyčejnou listovní zásilkou oprávněné nebo obmyšlené osobě na korespondenční adresu, případně elektronickou formou (např. elektronickou poštou apod.). Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v uvedené lhůtě, je povinen postupovat způsobem určeným v zákoně. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí připsání finančních prostředků ve výši pojistného plnění na účet určený oprávněnou či obmyšlenou osobou ve smlouvě.
- Právo na plnění z pojištění pro případ smrti se promlčí nejpозději za 10 let; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet po uplynutí 1 roku od vzniku pojistné události. Právo na plnění z ostatních druhů soukromého pojištění se promlčí nejpозději za 3 roky; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet po uplynutí 1 roku od vzniku pojistné události.

ČLÁNEK 11 – Omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

- Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojistěný soudem uznán vinným trestným činem,
 - došlo-li k úrazu u pojistěného v důsledku požití alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události, to odůvodňují; jedná-li se však o pojistnou událost smrti pojistěného v důsledku úrazu, snižuje pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojistěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud návykové látky podie věty prvé byly obsaženy v lécích, které pojistěný užíval způsobem předepsaným pojistěným lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
- Pojistitel může plnění ze smlouvy odmítnout, jestliže:
 - příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé, nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření smlouvy toto pojištění neuzavřel nebo je uzavřel za jiných podmínek, nebo
 - došlo-li k úrazu pojistěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem,
 - pojistěný nemá právo na pojistné plnění, jestliže si úmyslně poškodil zdraví nebo z jeho podnětu jiná osoba,
 - pojistěný uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
- Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojistěný v době přistoupení ke smlouvě věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
- Za zachraňovací náklady ve smyslu zákona nejsou považovány náklady na rekvalifikaci, změny nebo zvyšování kvalifikace při hrozící nebo již vzniklé ztrátě zaměstnání, případně jakékoliv plnění vynaložené pojistěným ve prospěch zaměstnavatele za účelem zabránění ztráty zaměstnání mimo vůle pojistěného.

ČLÁNEK 12 – Výluky z pojištění

- Pojistitel není povinen plnit v případě všech druhů pojištění za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - pojistná událost byla způsobena pojistěným úmyslně,
 - pojistná událost byla způsobena přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zařízením vyvolaným výbuchem nebo záradou jaderného zařízení a přístrojů,
 - pojistná událost byla způsobena přímo či nepřímo způsobené válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu, dále také při události vzniklé aktivní účastí pojistěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilném jednání motivovaném politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora. Omezení uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojistěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR nebo jiných ozbrojených složkách nebo složkách veřejné moci. Uvedená omezení se dále nevztahují na případy pojistných událostí jakéhokoliv úmrtí, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činnosti pojistěného mimo území ČR.
 - v případě pojištění druhé osoby, pokud pojistitel plní v souladu s ustanovením smlouvy první pojistěné osobě v rámci jednoho finančního závazku obou pojistěných a přitom počátek a konec pojistné události u druhého pojistěného je v době trvání pojistné události prvního pojistěného,
 - sebevraždy pojistěného nebo pokus pojistěného o sebevraždu v době do dvou let od data sjednaného jako počátek pojištění,
 - profesionálně provozované sporty, při jejichž provozování se používají motorové a bezmotorové létající stroje, dvoustupňá a jednostupňá vozidla,

- g) provozování následujících činností pojistěným, bez asistence odborně způsobilé osoby: potápění, speleologie, horolezectví, dálkové plavby, mořský rybolov.

- Pojistitel není povinen plnit v případě pojištění pracovní neschopnosti za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - poškození tělesné schránky jinou osobou na žádost pojistěného,
 - všechny profesionálně provozované sporty, pokusy o rekordy,
 - únávnový syndrom,
 - degenerativní onemocnění páteře a jejích přímé a nepřímé důsledky, včetně výřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokázaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními,
 - v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz,
 - při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách,
 - v důsledku pohlavní nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného jako počátek pojištění,
 - v důsledku jakéhokoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření,
 - po přechodu z nemocniční péče do léčby či ošetřování v domácnosti, byla-li nemocniční péče ukončena na vlastní žádost (revers),
 - porod, dobrovolné přerušování těhotenství a jejich důsledky,
 - pracovní neschopnost v důsledku mateřství, která nastane po dobu, kdy pojistěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství,
 - v případě zdravotního prohlídky, vyšetření, hospitalizaci, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojistěný sám dobrovolně vyžádá,
 - pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.
- Pojistitel není povinen plnit v případě pojištění ztráty zaměstnání za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - ztráta zaměstnání pojistěného, která je pojistěnému zaměstnavatelem předběžně oznámena již před datem sjednání jako sjednání pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednání jako počátek pojištění,
 - ztráta zaměstnání, k níž dojde po porušení povinností vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojistěným jako zaměstnancem vykonávajícím práci, nebo proto, že pojistěný nespĺňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce nebo proto, že pojistěný nespĺňuje požadavky pro výkon sjednané práce bez zavěnění zaměstnavatele, vše dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v platném znění,
 - ztráta zaměstnání, k níž dojde z vlastní vůle pojistěného, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru zaměstnancem pro nevyplacení mzdy či náhrady mzdy či jakéhokoliv jejich části dle zákoníku práce v platném znění za podmínky, že zaměstnanci nebyla vyplacena mzda či náhrada mzdy do 15 dnů po uplynutí termínu splatnosti, kdy je pojistěný povinen doložit tuto skutečnost předložením zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu, a dále vyjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou po pravomocně prohlášeném úpadku zaměstnavatele nebo byl zapsán do Obchodního rejstříku jeho vstup do likvidace,
 - ztráta zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
 - ztráta zaměstnání v důsledku předčasněho nebo i řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou,
 - pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.

ČLÁNEK 13 – Doručování a vzájemná komunikace

- Písemnosti pojistitele určené pojistníkově nebo pojistěnému (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou zásilkou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou ve smlouvě nebo na korespondenční adresu později písemně oznámenou pojistiteli, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem a výsledky šetření pojistné události.
- Veškeré písemné sdělení učiněná pojistiteli se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.
- Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Pojistitel je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistníkem, pojistěným, případně oprávněnou či obmyšlenou osobou, a to v souvislosti se správou pojištění, řešením pojistných událostí nebo nabídkou produktů a služeb pojistitele a členů Finanční skupiny České spořitelny, a. s., a členů pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnosti stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmy pojistníka, pojistěného a oprávněné osoby.
- Pojistník je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistitelem, pojistěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, a to v souvislosti se správou pojištění. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva.
- Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojistěný pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.

ČLÁNEK 14 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

- Dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náležejí pojistníkovi. Pojistěný je odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu.
- Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na jeho případné právní nástupce.

ČLÁNEK 15 – Rozhodné právo

- Smlouva a právní vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky.
- Pro spory ze smlouvy jsou určeny příslušné soudy České republiky.

ČLÁNEK 16 – Závěrečná ustanovení

- Veškeré dokumenty a doklady týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že by byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
- Náklady pojistitele spojené s platbami do zahraničí nese příjemce platby. Náklady spojené s platbami pojistěného ze zahraničí nese plátcé platby.
- Vyžaduje-li to účel a povaha pojištění, je možné se od ustanovení všech článků těchto všeobecných pojistných podmínek ve smlouvě odchýlit, avšak pouze ve prospěch pojistěného a pojistníka.

