



Pojištění pravidelných plateb k Osobnímu účtu, Osobnímu účtu II a Osobnímu kontu České spořitelny

ČESKÁ 
SPŮRITELNA
Jsme Vám blíž.



Úvod

Každý z nás se někdy může dostat do situace, kdy nebude moci hradit své pravidelné měsíční výdaje za energie a služby spojené s užíváním bytu či domu (např. za elektrický proud, plyn, teplo, vodné aj.). Pojištění pravidelných plateb Vám pomůže tuto nepříjemnou situaci řešit. Pojištění pravidelných plateb je volitelnou součástí Vašeho účtu u České spořitelny. Zajišťuje Vám úhradu měsíčních nákladů za dodávku veřejných služeb a energií v případě **dlouhodobé pracovní neschopnosti a/nebo ztráty zaměstnání**.



Jaké jsou výhody pojištění pravidelných plateb?

Jednoduchost a komfort

Pro vstup do pojištění stačí vyslovit souhlas s podmínkami, popř. učinit prohlášení potvrzující splnění podmínek pro vstup do pojištění za pomoci prostředků komunikace na dálku. Nemusíte na lékařskou prohlídku ani vyplňovat složité formuláře. Poplatek za pojištění je inkasován na konci měsíce přímo z Vašeho účtu.



Kdo je v rámci pojištění pravidelných plateb pojištěn?

Majitel účtu České spořitelny nebo disponující osoba,
která splnila podmínky rámcové pojistné smlouvy
č. ČSUB 1/2012.



Jaké jsou podmínky pro sjednání pojištění pravidelných plateb?

Soubor pojištění A

Sjednáním tohoto produktu se pojišťujete pro případ **pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci**.

Stačí, když:

- jste mladší 60 let,
- jste zdrav/a,
- nejste invalidní (invalidita 1., 2., nebo 3. stupně),
- nejste v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků,
- nejste v pracovní neschopnosti.

Soubor pojištění B

Sjednáním tohoto produktu se pojišťujete pro případ **pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci a nezaměstnanosti z důvodu ztráty zaměstnání**.

Stačí, když:

- splňujete podmínky pro soubor pojištění A,
- jste zaměstnán/a v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou, v pracovním poměru jste byl/a nepřetržitě zaměstnán/a též v předcházejících 12 měsících a nejste ve zkušební době, nedal/a jste ani Vám nebyla dána výpověď z pracovního poměru,
- jste nezrušil/a se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani Vám nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele,
- jste neobdržel/a ani nezaslal/a návrh na ukončení pracovního poměru dohodou.



V případě zjištění nesplnění podmínek pro vstup do pojištění (uvedení nepravdivých nebo neúplných údajů) může dojít k odstoupení od pojištění.

Odstoupením se pojištění od počátku ruší a zároveň dojde k finančnímu vyrovnání závazků.

Příklad:

K pojištění nelze přistoupit v případě, že Vám byla přiznána invalidita (1., 2., nebo 3. stupně); v případě zjištění zamlčení této skutečnosti může dojít k odstoupení od pojištění.



Jak se poskytuje pojistné plnění?

- Maximální limit pojistné částky je 7 000 Kč anebo 20 000 Kč.
- U limitu plnění nad 7 000 Kč je při likvidaci pojistné události pojištěný povinen poskytnout potvrzení o výši příjmu.
- Plnění nad 7 000 Kč musí odpovídat maximálně 30 % čistého měsíčního příjmu klienta k datu vzniku pojistné události.

Pracovní neschopnost

Bude-li Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat déle než 60 dnů a splníte-li podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude pojišťovna hradit dohodnutou pojistnou částku na Vámi zvolený účet po dobu trvání Vaší pracovní neschopnosti poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den v pracovní neschopnosti.

Příklad (soubor pojištění A):

Pracovní neschopnost pojištěného nastala 15. 4. Dnem 13. 6. je pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti; pracovní neschopnost skončí 20. 7. Pojistitel vyplatí pojištěnému dohodnutou částku ve výši 5 000 Kč za měsíc červen a částku ve výši 3 226 Kč ($5\,000/31 \times 20$) za měsíc červenec. (Pojistné plnění se zaokrouhluje vždy na 0,50 Kč.)



Ztráta zaměstnání

Pojišťovna stanovila čekací dobu v délce 90 dnů od data počátku pojištění, ve které není ztráta zaměstnání považována za pojistnou událost. Pokud budete více než 60 dnů po uplynutí čekací doby nezaměstnaný/á (počítáno ode dne registrace na úřadu práce) a budete splňovat podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude po dobu trvání Vaší nezaměstnanosti pojišťovna hradit za každý měsíc trvání nezaměstnanosti dohodnutou pojistnou částku, a to na Vámi zvolený účet poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den nezaměstnaný/á.

Příklad (soubor pojištění B):

Ztráta zaměstnání pojištěného nastala 15. 4. Dnem 13. 6. je pojištěný 60. den nezaměstnaný; nezaměstnanost skončí 20. 7. Pojistitel vyplatí pojištěnému dohodnutou částku ve výši 5 000 Kč za měsíc červen a částku ve výši 3 226 Kč ($5\,000/31 \times 20$) za měsíc červenec. (Pojistné plnění se zaokrouhuje vždy na 0,50 Kč.)

- V případě, kdy pracovní neschopnost nebo nezaměstnanost nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti pojištěného bude neúplný), bude měsíční částka vydělena počtem kalendářních dnů příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti.



- V případě výplaty šesti měsíčních částek za sebou z důvodu nezaměstnanosti vzniká pojištěnému nárok na plnění z další pojistné události až po uplynutí 12 měsíců ode dne výplaty poslední šesté splátky.
- Pokud je pojištěný současně nezaměstnaný a také v pracovní neschopnosti, plní pojišťovna z důvodu pracovní neschopnosti (avšak pouze pokud nastala dříve); z důvodu nezaměstnanosti plní až po ukončení pracovní neschopnosti.

Pro případ pracovní neschopnosti je stanovena čekací doba v délce osmi po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne sjednaného jako vznik pojištění, a to 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 pojištěné nevzniká nárok na pojistné plnění.



Výluky z pojištění

Pojištění kryje většinu případů, kdy se vlivem nemoci či úrazu dostanete do pracovní neschopnosti, resp. kdy v důsledku ztráty zaměstnání dojde k Vaší nezaměstnanosti. Chceme však upozornit i na možné případy, na které se nevztahuje pojistné plnění a kdy se nejedná o pojistnou událost.

- Za pojistnou událost nejsou považovány pojistné události vzniklé v čekací době.
- Pracovní neschopnost neplníme, pokud budete v pracovní neschopnosti v důsledku nemoci, se kterou jste se léčil/a již před vstupem do pojištění.
- Pojistné plnění z rizika ztráty zaměstnání neposkytneme v případě ztráty zaměstnání ve zkušební době, ztráty zaměstnání z vlastní vůle nebo uplynutí doby určité.

Přehled všech uplatňovaných výluk naleznete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro skupinové pojištění SKUP 1 a v rámcové pojistné smlouvě.

Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

Vybrané výluky pro pojištění pracovní neschopnosti:

- degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz,
- astenie, depresivní stavy, psychické poruchy a neurózy,
- odvykácí, detoxikační kúry,
- opakování nemocí, (léčení stejné nemoci/úrazu, za které již bylo vyplaceno max. pojistné plnění)
- následky nemocí nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před počátkem pojištění.

Vybrané výluky pro pojištění ztráty zaměstnání:

- ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinností vyplývajících z právních předpisů nebo z vlastní vůle pojištěného,
- ztráta zaměstnání ve zkušební době,
- ztráta zaměstnání v důsledku předčasného nebo řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou.

Pro nahlášení pojistné události stačí, když zvolíte jednu z možností:

- zatelefonujete na +420 234 240 250 nebo
- pošlete e-mail na informace@pojistovnacs.cz, popř.
- písemně kontaktujete

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY,
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32,
150 00 Praha 5.**

Po nahlášení pojistné události obdržíte poštou formulář „Hlášení pojistné události“.

Ten vyplníte a spolu s požadovanými doklady zašlete zpět na adresu:

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY,
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32,
150 00 Praha 5.**

O dalším postupu šetření Vaší pojistné události Vás bude pojišťovna písemně informovat v souladu s pravidly uvedenými v právních předpisech, kterými se pojištění řídí.

Nejčastější dotazy

Je možné sjednat pojištění pravidelných plateb pro OSVČ?

Osoby samostatně výdělečně činné mohou sjednat pojištění pouze v rozsahu „souboru pojištění A“.

Jak prokázat trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti?

Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí pojištěný pojišťovně doložit nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však 10. den 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 o trvání dočasné pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře nebo tzv. „lístku na peníze“.

V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojišťovna pojištěného za schopného práce 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. V případě nedoložení tohoto dokladu považuje pojišťovna svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.

V případě, že má pracovní neschopnost nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), dostanu celou pojistnou částku?

Ne, pojistná částka bude vydělena počtem kalendářních dnů příslušného měsíce a vynásobena počtem kalendářních dnů trvání Vaší plné pracovní neschopnosti.

Vztahuje se pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti také na pracovní úrazy?

Ano. Pojištění se vztahuje na pracovní neschopnosti způsobené následkem jakéhokoliv úrazu, tzn. i pracovního.

Mohu se pojistit, i když jsem invalidní?

Ne. Klient, který je uznán invalidním (invalidita 1., 2., nebo 3. stupně), nesplňuje podmínky pro vstup do pojištění.

V průběhu posledního roku jsem byl zaměstnán u dvou společností, pracovní poměr mi navazoval bez přerušení. Mohu se pojistit, i když je v přihlášce uvedeno, že musím být zaměstnán nepřetržitě během posledního roku?

Ano. Důležité je, že jste byl zaměstnán bez přerušení posledních 12 měsíců a splňujete i ostatní podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání.

Pokud je žena na mateřské dovolené, má nárok na plnění v případě pracovní neschopnosti?

Na mateřskou dovolenou žena nastupuje v souladu se zákoníkem práce 6–8 týdnů před porodem – to znamená, že pokud v prvních cca 8 měsících těhotenství bude v pracovní neschopnosti, nárok na plnění jí vzniká (samozřejmě pokud to nebude za okolností uvedených ve výlukách všeobecných pojistných podmínek a rámcové smlouvy včetně dodatků – viz čekací doba v délce osmi po sobě jdoucích kalendářních měsíců u pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství). Od data, kdy nastoupí na mateřskou dovolenou, jí nárok na plnění nevzniká, protože pobírá od státu peněžitou pomoc v mateřství, a to ať je nemocná, či není.

Lze pojistnou událost uplatnit zpětně?

Ano, pojistnou událost lze uplatnit zpětně v zákonné lhůtě (3 roky + 1 rok u neživotních typů pojištění).

Úplné znění podmínek týkajících se pojištění pravidelných plateb k účtům České spořitelny je uvedeno v rámcové pojistné smlouvě č. ČSUB 1/2012, která je k dispozici na obchodních místech České spořitelny, popř. na webových stránkách České spořitelny (www.csas.cz), a dále ve všeobecných pojistných podmínkách, které jsou v plném znění součástí této informativní brožury.



Přílohy

POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY

VIENNA INSURANCE GROUP

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

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 pojišťovnictví, 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 sjednáváného 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 pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z událostí, 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) **obmyšlený** – 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 pojistník pojistné
- n) **pojistné plnění** – peněžité plnění, které je pojistitel podle smlouvy povinen vyplatit oprávněné nebo obmyšlené 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 změnu 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 přerušení 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 nezávisle 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 jakýchkoliv 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 sjednávat 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 vyplátit obmyšlené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) zaniká pojištění smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

- a) V případě smrti pojištěného z jakýchkoliv 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 jakéhokoliv 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 pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se smrt pojištěného, u kterého

nastala pojistná událost jako druhá 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 schopností 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 rekvalifikace 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 (opětovná) 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 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 (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 pojistná událost jako 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 uvedené ve smlouvě.
- c) Pro účely těchto pojistných podmínek se má za to, že pracovní neschopnost u pojištěného nastala dnem uvedeným v potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojistiteli předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveném 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 přerušení 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 samostatné 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) nemoci; neplní za následky nemoci nebo úrazů, 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 pojištění 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 není pracovní neschopnost 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 pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního a druhého pojištěného 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 pojištěného skončí a druhá pracovní neschopnost pojištěného dále pokračuje, bude pojistné plnění poskytováno až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. Pojištění pro případ ztráty zaměstnání

Pojistnou událostí je nezaměstnanost pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání v pracovním nebo ve služebním poměru, přičemž nezaměstnanost pojištěného musí trvat nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů (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 nejsou ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného považovány za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě.

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného:

- a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného vznikne, nastala-li nezaměstnanost pojištěného po uplynutí čekací doby pojistitele dle smlouvy a pokud nezaměstnanost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
- b) Plněním v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištění nezaniká, s výjimkou případu dosažení horní hranice vyplaceného pojistného plnění uvedené ve smlouvě.
- c) V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje nezaměstnanost toho pojištěného, u kterého nastala

pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojištěného, která nastala jako v pořadí druhá pojistná událost. V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního a druhého pojištěného 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 pojištěného skončí a druhá nezaměstnanost pojištěného dále pokračuje, bude pojistné plnění poskytováno až do konce druhé nezaměstnanosti dle podmínek odstavce 4.
- e) Pro účely pojištění podle těchto všeobecných pojistných podmínek se zaměstnáním rozumí i služební poměr a mzdou též plat.
- f) V případě souběhu pojistných událostí u jednoho (příp. i u druhého) pojištěného v podobě nezaměstnanosti pojištěného 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 pojištěného 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 pojistiteli nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku označenou ve smlouvě jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o zániku pojištění.

4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
5. Pojistník a pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí, též jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
6. Pojištěný 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 skutečností, na které byl pojistitelem tážán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.
7. Na základě písemného souhlasu pojištěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného 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 příčiny

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. Pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěný zprošťuje povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené 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 pojišťovnám, 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 jakékoliv 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 vyslovením souhlasu se smlouvou v souvislosti se svým přihlášením do pojištění současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem č. 101/2000 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 citlivých 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 zpracovávat 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 pojišťovny 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 navrženým 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 uložené mu 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 jakémukoliv zneužití neoprávněnou osobou. Dále se pojistník i pojistitel zavazují 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 již sjednaného pojištění, 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 nutné výši odpovídající změnám 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 nesouhlasí a svůj nesouhlas 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 jakýchkoliv 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 úplně a pravdivě 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 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) Řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se na vyzvání pojistitele lékařské prohlídce); 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) Oznámit 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) Řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným 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 nespochybnitelně prokázat datum vzniku pojistné události.
- b) Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně nebo ve smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh na zvětšení rozsahu jejích 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 povinnosti 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 pojištěným, jeho právním

nástupcem, příp. osobou stanovenou v souladu se zákonem.

- c) Pojistitel je povinen neprodleně pojistníka informovat o jakýchkoli písemných sděleních pojištěných, jejich právních nástupců, příp. osob stanovených v souladu se zákonem.

ČLÁNEK 10 – Pojistné plnění

1. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí, danou pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění ve smlouvě.
2. V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou.
3. 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.
4. Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
5. Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinnosti 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 pojištěného. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťování údajů nutných k obnovení 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 povinnosti pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí připsání finančních prostředků ve výši pojistného plnění na účet určený oprávněnou či obmyšlenou osobou ve smlouvě.

6. Právo na plnění z pojištění pro případ smrti se promlčí nejpozději 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 nejpozději 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:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem;
 - b) došlo-li k úrazu u pojištěného 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 smrt pojištěného v důsledku úrazu, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému

způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt; to neplatí, pokud návykové látky podle věty první byly obsaženy v lécích, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému 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.

2. Pojistitel může plnění ze smlouvy odmítnout, jestliže:
 - a) 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 úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě 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,
 - b) došlo k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem,
 - c) pojištěný nemá právo na pojistné plnění, jestliže si úmyslně poškodil zdraví nebo z jeho podnětu jiná osoba,
 - d) pojištěný uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
3. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojištěný v době přistoupení ke smlouvě věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
4. 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 pojištěným ve prospěch zaměstnavatele za účelem zabránění ztráty zaměstnání mimo vůli pojištěného.

ČLÁNEK 12 – Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen plnit v případě všech druhů pojištění za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - a) pojistná událost byla pojištěným způsobena úmyslně;
 - b) pojistná událost byla způsobena přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů;
 - c) pojistná událost byla způsobena přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu, dále také při události vzniklé aktivní účastí pojištěného 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 pojištěného 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 pojištěného mimo území ČR;
 - d) v případě pojištění druhé osoby, pokud pojistitel plní v souladu s ustanovením smlouvy první pojištěné osobě v rámci jednoho finančního závazku obou pojištěných a přitom počátek a konec pojistné události u druhého pojištěného je v době trvání pojistné události prvního pojištěného;
 - e) sebevražda pojištěného nebo pokus pojištěného

- o sebevraždu v době do dvou let od data sjednaného jako počátek pojištění;
 - f) profesionálně provozované sporty, při jejichž provozování se používají motorové a bezmotorové létající stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla;
 - g) provozování následujících činností pojištěným bez asistence odborně způsobilé osoby: potápění, speleologie, horolezectví, dálkové plavby, mořský rybolov.
2. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění pracovní neschopnosti** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - a) poškození tělesné schránky jinou osobou na žádost pojištěného;
 - b) všechny profesionálně provozované sporty, pokusy o rekordy;
 - c) únavový syndrom;
 - d) degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu 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;
 - e) v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz;
 - f) při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách;
 - g) v důsledku pohlavní nákazy a v důsledku nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného jako počátku pojištění;
 - h) v důsledku jakékoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření;
 - i) po přechodu z nemocniční péče do léčby či

- ošetřování v domácnosti, byla-li nemocniční péče ukončena na vlastní žádost (revers);
- j) porod, dobrovolné přerušení těhotenství a jejich důsledky;
- k) pracovní neschopnost v důsledku mateřství, která nastane v době, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství;
- l) v případě zdravotních prohlídek, vyšetření, hospitalizací, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojištěný sám dobrovolně vyžádá;
- m) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.
3. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění ztráty zaměstnání** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
- a) ztráta zaměstnání pojištěného, která je pojištěnému zaměstnavatelem předběžně oznámena již před datem sjednaným jako počátek pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednaným jako počátek pojištění,
- b) ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinností vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojištěným jako zaměstnanci vykonávané práci nebo proto, že pojištěný nesplňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce, nebo proto, že pojištěný nesplňuje požadavky pro výkon sjednané práce bez zavinění zaměstnavatele, vše dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v platném znění,
- c) ztráta zaměstnání, k níž dojde z vlastní vůle pojištěného, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru zaměstnancem pro nevyplacení mzdy či náhrady mzdy či jakékoliv 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 pojištěný 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 do obchodního rejstříku zapsán jeho vstup do likvidace,
- d) ztráta zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
- e) ztráta zaměstnání v důsledku předčasného nebo i řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou,
- f) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.

ČLÁNEK 13 – Doručování a vzájemná komunikace

1. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému (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.
2. Veškerá písemná sdělení učiněná pojistiteli se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.
3. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
4. Pojistitel je pro komunikaci s pojistníkem, pojištěným, 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 členy pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group, oprávněn využít alternativní komunikační prostředky. 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 povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby.
5. Pojistník je pro komunikaci s pojistitelem, pojištěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, oprávněn využít alternativní komunikační prostředky, 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.
6. Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojištěný pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.

ČLÁNEK 14 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

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

ČLÁNEK 15 – Rozhodné právo

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

ČLÁNEK 16 – Závěrečná ustanovení

1. 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.
2. Náklady pojistitele spojené s platbami do zahraničí nese příjemce platby. Náklady spojené s platbami pojištěného ze zahraničí nese plátce platby.
3. 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 pojištěného a pojistníka.

(VPP SKUP 1) 01/2010



RÁMCOVÁ POJISTNÁ SMLOUVA / POJISTKA Č. ČSUB 1/2012 (dále také „rámcová smlouva“)

Smlouvu uzavírají společnosti:

Pojistník

Česká spořitelna, a.s.

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

IČO: 45244782

DIČ: CZ45244782

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským

soudem v Praze, oddíl B, vložka č. 1171

jednající: Ing. Jiřím Škorvague, CSc.,

členem představenstva

Mgr. Dušanem Baranem, MBA,

místopředsedou představenstva

Pojistitel

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

se sídlem: nám. Republiky 115, Pardubice, PSČ 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, MBA

předsedou představenstva

Ing. Jaroslavem Kulhánkem,

místopředsedou představenstva

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, povinnosti mlčenlivosti
Článek 14	Závěrečná ustanovení

PŘÍLOHY

Příloha I	Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále také „VPP“ nebo „Všeobecné pojistné podmínky“)
-----------	---

Článek 1

Úvodní ustanovení

Pojištění, které na základě této rámcové smlouvy sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group a Česká spořitelna, a.s., se řídí právním řádem České republiky. Pro pojistný vztah, tj. pro veškerá práva a povinnosti pojistníka, resp. klientů pojistníka a pojistitele související s touto rámcovou smlouvou, jejím plněním nebo porušením platí přednostně tato rámcová 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:

2.1 Pojištěný – fyzická osoba, klient pojistníka (majitel běžného účtu), který splnil podmínky pro vstup do pojištění 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 Čekací doba u pojištění pro případ pracovní neschopnosti - lhůta v délce 8 po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne sjednaného jako počátek pojištění výlučně pro případ pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství. V této lhůtě pracovní neschopnost z důvodu těhotenství pojištěného není považována za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.
- 2.5 Čekací doba u pojištění pro případ ztráty zaměstnání - lhůta v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného jako počátek pojištění. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného nejsou považovány za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.
- 2.6 Resolcitační program – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle rámcové smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetu.
- 2.7 VPP Pojišťovny České spořitelny – Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, jejichž aktuální znění tvoří přílohu I této rámcové smlouvy.

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, 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

- 4.1. Předmětem této rámcové smlouvy je pojištění schopnosti hradit pravidelné výdaje za energie a služby (dále také „pojištění“), jehož účelem je v důsledku pojistné události poskytnutí částky ve výši dohodnuté mezi pojištěným a pojistníkem (dále také „pojistná částka“), a to maximálně
- a) částky ve výši 7.000,- Kč (slovy: sedmtisíckorunčeských), anebo
 - b) částky ve výši 20.000,- Kč (slovy: dvacetisíckorunčeských).

Pravidelné výdaje za energie a služby jsou pravidelné měsíční platby pojištěného určené pro úhradu nákladů za dodávku veřejných služeb a/nebo energií spojených s užíváním bytu/domu pojištěným (elektrický proud, plyn, teplo a teplá voda, vodné a stočné aj.).

- 4.2 Na základě této rámcové smlouvy se sjednává pojištění klientů pojistníka, kteří přistoupí způsobem uvedeným v čl. 5 odst. 5.1 této rámcové smlouvy k pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu některého z níže uvedených souborů pojištění:
- a) v rozsahu souboru pojištění A (dále také jen „**soubor pojištění A**“)
Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

- b) v rozsahu souboru pojištění B (dále také jen „**soubor pojištění B**“)
Pojištění pro případ pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání

Článek 5 Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

5.1 (A) Soubor pojištění A

- (pro případ pracovní neschopnosti)
Fyzická osoba (klient pojistníka) - Majitel Účtu - může přistoupit k pojištění dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že splnila ke dni ke dni vzniku pojištění veškeré podmínky uvedené níže v tomto odstavci 5.1.
- V rámci prohlášení uvedeného v Žádosti nebo dodatku ke Smlouvě o běžném účtu podepsala prohlášení potvrzující, že splňuje níže uvedené podmínky:
- byla seznámena s touto rámcovou smlouvou, s VPP Pojišťovny České spořitelny a souhlasí s nimi;
 - je mladší 60 let,
 - je zdráva,
 - není invalidní,
 - 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 platbou měsíčního poplatku za udržování pojištění dle výběru příslušného souboru pojištění;
 - souhlasí s tím, že pojistitel z rámcové smlouvy je oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření a likvidace pojistných událostí dle § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění

- 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;

nebo

V rámci resolucitního programu učinila za pomoci prostředků umožňujících komunikaci na dálku prohlášení potvrzující, že splňuje níže uvedené podmínky:

- je srozuměna a souhlasí s tím, že sjednané přistoupení k pojištění se řídí touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny, které jsou k dispozici na webových stránkách pojistníka (www.csas.cz) a které jí budou zaslány neprodleně po sjednání přistoupení k pojištění;
- je mladší 60 let
- je zdravá;
- není invalidní;
- 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 platbou měsíčního poplatku za udržování pojištění dle výběru příslušného souboru pojištění;
- souhlasí s tím, že pojistitel z rámcové smlouvy je oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření a likvidace pojistných událostí dle § 50 odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, v platném znění;
- souhlasí s tím, aby pojistník předal jeho osobní údaje (vč. rodného čísla) a číslo účtu pojistiteli;
- 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;

(B) Soubor pojištění B

(pro případ pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti z důvodu ztráty zaměstnání) pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění 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. Prohlášení pojištěného v souladu s odst. 5.1 tohoto článku uvedená ve Smlouvě o běžném účtu nebo učiněná v rámci resolucitního programu se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato prohlášení pojištěného budou úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivá nebo neúplná, může pojistitel v případě pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat za podmínek § 23 zákona o pojistné smlouvě, a to pouze ohledně

takového jednotlivého pojištění. Přitom platí, že výše uvedený postup pojistitele za podmínek § 23 zákona o pojistné smlouvě nemá vliv na ostatní práva a povinnosti vyplývající z této rámcové smlouvy.

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 se stanoví takto:

- a) na 00.00 hodin dne vyslovení souhlasu s pojištěním dle této rámcové smlouvy;
- b) na 00.00 hodin následujícího pracovního dne po dni sjednání přistoupení k pojištění v rámci resolicitačního programu, zejména vyslovením telefonického souhlasu s přistoupením k pojištění nebo sjednáním přistoupení k pojištění prostřednictvím internetu

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

7.1 Pojištění zaniká (pojištěním se rozumí jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného) dnem, kdy končí účinnost Smlouvy o běžném účtu, k níž se pojištění vztahuje.

7.2 Před dnem, uvedeným jako den zániku pojištění dle odst. 7. 1 tohoto článku, zaniká pojištění některým z následujících okamžiků:

- a) koncem pojistného období, v němž nastane výroční den počátku pojištění v roce, v němž pojištěný dožije 70 let věku;
- b) dnem, kdy byl pojištěný uznán invalidním III. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení;
- c) dnem smrti pojištěného;
- d) koncem pojistného období, v němž byla mezi pojistníkem a pojištěným uzavřena písemná dohoda o ukončení pojištění a o způsobu vzájemného vyrovnání závazků; pojistitel tímto výslovně zmocňuje pojistníka k ukončení smluvního vztahu s pojištěným dohodou, která bude sjednána písemně a bude podepsána pojištěným i pojistníkem, resp. jeho oprávněným zaměstnancem v minimálně dvou vyhotoveních, z nichž alespoň jedno vyhotovení obdrží pojištěný a zbývající vyhotovení si ponechá pojistník;

e) odstoupením od jednotlivého pojištění pojistitelem za podmínek § 23 zákona o pojistné smlouvě. 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, snižené o náklady, jež pojistiteli vznikly v souvislosti se sjednáním a správou jednotlivého pojištění. Případná pohledávka pojistitele za pojistníkem na vrácení jím vyplaceného pojistného plnění bude započtena proti pohledávce pojistníka za pojistitelem na vrácení pojistníkem zaplaceného pojistného;

f) 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,

g) změnou osoby majitele účtu; v takovém případě pojištění zaniká dnem, ve kterém došlo k této změně,

h) odmítnutím plnění pojistitelem za podmínek dle § 24 zákona o pojistné smlouvě;

7.3 Pojištění může zaniknout též dalšími způsoby uvedenými na jiném místě této rámcové smlouvy, ve VPP Pojišťovny České spořitelny nebo způsoby 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, výše poplatku za udržování pojištění dle této rámcové smlouvy je vždy v aktuální výši uvedena v příslušném sazebníku pojistníka;

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, je povinen poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu níže uvedené prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění.

a) 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,
- je-li dohodnutá pojistná částka vyšší než 7.000,- Kč, potvrzení o výši průměrného měsíčního výdělku pojištěného anebo daňové přiznání za uplynulý kalendářní rok s tím, že měsíční příjem pojištěného musí činit min. trojnásobek pojistné částky – v opačném případě vyplatí pojistitel na pojistném plnění částku ve výši odpovídající 30% aktuálního čistého měsíčního příjmu pojištěného, resp. 30% průměrného měsíčního výdělku pojištěného kalkulovaného jako 1/12 jeho příjmů deklarovaných v daňovém přiznání za uplynulý kalendářní rok.

- b) 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 potvrzení, 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 byl pojištěný zaměstnán nejméně 12 měsíců před počátkem pojištění,
 - je-li dohodnutá pojistná částka vyšší než 7.000,- Kč, potvrzení o výši průměrného měsíčního výdělku pojištěného anebo daňové přiznání za uplynulý

kalendářní rok s tím, že měsíční příjem pojištěného musí činit min. trojnásobek pojistné částky – v opačném případě vyplatí pojistitel na pojistném plnění částku ve výši odpovídající 30% aktuálního čistého měsíčního příjmu pojištěného, resp. 30% průměrného měsíčního výdělku pojištěného kalkulovaného jako 1/12 jeho příjmů deklarovaných v daňovém přiznání za uplynulý kalendářní rok.

9.2 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným.

9.3 Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí být pojistiteli doloženo pojištěným nejméně jednou za každý kalendářní měsíc, nejpozději však do 10. dne následujícího kalendářního měsíce za měsíc, ve kterém byl pojištěný práce neschopný nebo nezaměstnaný, a to zasláním:

- a) V případě pracovní neschopnosti: kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie potvrzení o pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných skutečně provedených i navrhovaných kontrol u lékaře nebo kopie Průkazu o trvání pracovní neschopnosti (tzv. lístek 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.
- b) V případě nezaměstnanosti: kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. V případě nedoložení těchto dokladů 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 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.
- 9.8 U klientů s limitem pojistného plnění do 7 000 Kč včetně není nutné dokládat potvrzení o výši příjmu.

Článek 10

Pojistné plnění

- 10.1 V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této rámcové smlouvy, VPP a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného doklady uvedené v čl. 9 odst. 9.1 této rámcové smlouvy, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění pojištěnému 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 pojištěnému.
- 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 pojištěnému důvody, pro které nelze šetření ukončit, popř. jej informovat o přerušení této lhůty.
- 10.3 Lhůta tří měsíců dle předchozího odstavce neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojištěného.
- 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 souladu s touto rámcovou smlouvou a pojistnými podmínkami.
- 10.5 Oprávněnou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojištěný.

10.6 **Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:**

Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní (mimo čekací dobu pojistitele pro případ pracovní neschopnosti). Pojistitel neplní v případě pokračování a recidiv (opakování) nemoci a následků nemoci nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění, a byly diagnostikovány před počátkem pojištění.

a) Výše pojistného plnění se stanoví takto:

Za každý kalendářní měsíc trvání pracovní neschopnosti pojištěného uhradí pojistitel pojištěnému pojistnou částku ve výši dohodnuté mezi pojištěným a pojistníkem, která je rozhodná pro výpočet pojistného za předpokladu splnění podmínky dle ustanovení čl. 9 odst. 9.1 písm. a) této rámcové smlouvy).

Pojistnou částku uhradí pojistitel pojištěnému poprvé 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 pojistná částka vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání plné pracovní neschopnosti pojištěného.

b) 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 pojištěným zvolené pojistné částce 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 pojistná částka 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.

c) Omezení pojistného plnění v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného - u každého jednoho pojištěného plnění z jedné pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti může činit maximálně 6 měsíčních částek.

10.7 **Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání:**

Pojistnou událostí je nezaměstnanost pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání, přičemž nezaměstnanost pojištěného musí trvat nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní (mimo čekací dobu pojistitele pro případ ztráty zaměstnání).

a) Výše pojistného plnění se stanoví takto:
Za každý kalendářní měsíc trvání nezaměstnanosti pojištěného uhradí pojistitel pojištěnému částku ve výši dohodnuté mezi pojištěným a pojistníkem, která je rozhodná pro výpočet pojistného za předpokladu splnění podmínky dle ustanovení čl. 9 odst. 9.1 písm. b) této rámcové smlouvy).

Pojistnou částku uhradí pojistitel pojištěnému poprvé 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 pojistná částka vydělena počtem kalendářních dní příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dní trvání nezaměstnanosti pojištěného.

b) V případě, že pojistitel vyplatil pojistné plnění z jedné či více pojistných událostí v podobě ztráty zaměstnání v celkovém rozsahu 6 měsíčních částek, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění z další pojistné události v podobě ztráty zaměstnání až po uplynutí 12 měsíců ode dne vyplacení pojistného plnění v podobě 6. měsíční částky pojistitelem, a to v souladu s písm. a) tohoto odstavce.

c) Omezení 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.

10.8 V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání a pracovní neschopnosti plní pojistitel pouze z titulu nezaměstnanosti a to tehdy, jestliže jeho nezaměstnanost resp. ztráta jeho zaměstnání nastala jako pojistná událost první v pořadí.

V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti plní pojistitel nejdříve z titulu pracovní neschopnosti, jestliže pracovní neschopnost nastala jako pojistná událost první v pořadí. Z titulu nezaměstnanosti jakožto pojistné události druhé v pořadí poskytuje dále pojistitel plnění za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události (tedy pracovní neschopnosti) jsou jinak splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události (nezaměstnanosti).

Článek 11

Výluky z pojištění

Pro pojištění platí výluky z pojištění uvedené ve Všeobecných pojistných podmínkách.

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 další informace, přehledy či výkazy v této rámcové 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 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.
- f) V případech přistoupení k pojištění v rámci resolucitačního programu zajistit splnění povinností spojených s uzavíráním smluv na dálku, jak vyplývají z obecně závazných právních předpisů, a to v rozsahu, ve kterém se tyto předpisy použijí na vztahy vznikající v rámci přistoupení k pojištění.

Článek 13

Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

13.1 Pojistitel je povinen:

- a) poskytovat školení o pojištění dle této rámcové smlouvy pojistníkovi (resp. jeho zaměstnancům) nebo jím zmocněným osobám, které též vstupují do kontaktu s pojistitelnými osobami a pojištěnými;
- b) poskytovat pojistníkovi v případě plnění z pojistné události informace týkající se Smlouvy o běžném 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 České spořitelny nebo Erste 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 dle 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 13.3, úhradu smluvní pokuty ve výši 500.000,– Kč (slovy: pět set tisíc korun českých) 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. Zaplacením smluvní pokuty není dotčeno právo na náhradu škody. Tímto ustanovením není dotčeno oprávnění smluvních stran dle odst. 13.2 tohoto článku.

Článek 14

Závěrečná ustanovení

14.1 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.

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 doručením 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 každou smluvní stranou, a to v šifrované podobě a opatřených zaručeným elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance 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 odstavce 14.3 tohoto článku 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.

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 má přednost text této rámcové smlouvy.

14.9 V případě, že některé ustanovení této smlouvy bude neplatné či nevymahatelné, neovlivní to platnost či vymahatelnost ostatních ustanovení rámcové smlouvy.

Poznámky

Poznámky

Pojištění pravidelných plateb k Osobnímu účtu, Osobnímu účtu II
a Osobnímu kontu České spořitelny

Tento materiál má za cíl upozornit na služby
a produkty v něm uvedené a není závazným
návrhem, který by zakládal práva a závazky
účastníků.