

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

č. ČSÚR 2/2009

uzavřená mezi níže uvedenými společnostmi:

Česká spořitelna, a. s.

se sídlem: Praha 4, Olbrachtova 1929/62, 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

dále jen „pojistník“

na straně jedné

a

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

se sídlem: Pardubice, nám. Republiky 115, PČS 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 a generálním ředitelem a
Ing. Jaroslavem Kulhánkem, místopředsedou představenstva a náměstkem generálního ředitele

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	Úrovně pojištění
Článek 5	Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění
Článek 6	Počátek, změna a konec pojištění vztahující se k jednotlivému účtu, pojistná období
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 I	Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
Příloha II	Vzor Prohlášení majitele účtu/disponující osoby k pojištění, které je součástí formuláře České spořitelny, a. s. – „Žádost o zřízení nebo zrušení produktu či služby ke sporozirovému účtu Osobní účet České spořitelny“

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 (pojištěných – fyzických osob majitelů běžných účtů) 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 – klient pojistníka (majitel běžného účtu, nebo disponující osoba), který splnil podmínky uvedené v čl. 5 této rámcové smlouvy (dále také „klient pojistníka“).
- 2.2 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu – samostatné pojištění sjednané klientem pojistníka k danému účtu.
- 2.3 Pojistná doba vztahující se k jednotlivému účtu – doba, která je pro každý účet odlišná, začíná dnem stanoveným jako počátek pojištění vztahující se k jednotlivému účtu a končí dnem stanoveným jako konec pojištění vztahující se k jednotlivému účtu.
- 2.4 Smlouva o běžném účtu – smlouva, na jejímž základě pojistník zřídil majiteli účtu běžný účet nebo jakýkoliv produkt, který charakterem odpovídá běžnému účtu (dále také „smlouva“).
- 2.5 Běžný účet (dále také „účet“) - běžný účet nebo jakýkoliv produkt, který charakterem odpovídá běžnému účtu, který má fyzická osoba veden u pojistníka, a ke kterému je nabízeno pojištění dle této rámcové smlouvy.
- 2.6 Majitel běžného účtu – (dále také „majitel účtu“) – fyzická osoba, která má uzavřenu s pojistníkem Smlouvu o běžném účtu a která splnila podmínky vstupu do pojištění v souladu s touto rámcovou smlouvou.
- 2.7 Disponující osoba – fyzická osoba oprávněná nakládat s peněžními prostředky na účtu dle dispozice udělené jí majitelem účtu na podpisovém vzoru k účtu, které udělil majitel účtu souhlas se zřízením pojištění pro její osobu a která splnila podmínky vstupu do pojištění v souladu s touto rámcovou smlouvou.
- 2.8 Žádost majitele účtu/disponující osoby nebo Žádost majitele účtu – formulář pojistníka – Žádost o zřízení nebo zrušení produktu či služby ke sporožirovému účtu Osobní účet České spořitelny (dále také „žádost“)
- 2.9 Resolitační program – časově omezená kampaň na pojišťování klientů pojistníka – majitelů účtů, kdy pojistník předloží svému klientovi – majiteli účtu nabídku pojištění.
- 2.10 Pracovní den – den, který není dnem volna ani pracovního klidu a ve kterém pojistník běžně vykonává svou bankovní činnost.

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 účtům, 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 účtům nemá vliv na účinnost rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vztahujících se k jednotlivým účtům a vzniklých na základě této rámcové smlouvy.

Článek 4 Úrovně pojištění

- 4.1 Na základě této rámcové smlouvy, za podmínek vzniku pojištění k jednotlivému účtu podle čl. 5 této rámcové smlouvy, se sjednává pojištění v rozsahu následujících úrovní:

Úroveň A

pojištění trvalých následků úrazu, denního odškodného za dobu léčení úrazu a pro případ hospitalizace v nemocnici pro osoby mladší 18 let – základní plnění

Úroveň A+

pojištění trvalých následků úrazu, denního odškodného za dobu léčení úrazu a pro případ hospitalizace v nemocnici pro osoby mladší 18 let – rozšířené plnění

Úroveň B

pojištění trvalých následků úrazu a pro případ hospitalizace v nemocnici pro osoby starší 18 let – základní plnění

Úroveň B+

pojištění trvalých následků úrazu a pro případ hospitalizace v nemocnici pro osoby starší 18 let – rozšířené plnění

- 4.2 Výše pojistného plnění je pro každou pojistnou událost omezena limitem pojistného plnění stanoveným v této rámcové smlouvě.

Článek 5 Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

- 5.1 Pojištění v rozsahu jednotlivých úrovní pojištění dle této rámcové smlouvy lze sjednat pro jednotlivý účet:
- na základě písemné žádosti majitele účtu/disponující osoby o zřízení služby k účtu spočívající v poskytování pojištění dle této rámcové smlouvy v rozsahu jím zvolené úrovně, která obsahuje i prohlášení majitele účtu/disponující osoby o přistoupení k rámcové smlouvě, akceptované pojistníkem při uzavření smlouvy o běžném účtu nebo kdykoliv v průběhu trvání smlouvy o běžném účtu.,
 - během telefonického kontaktu pojistníka s majitelem účtu v rámci resolicitačního programu, a to na základě prokazatelného, ústně vysloveného souhlasu majitele účtu se zřízením služby k účtu spočívající v poskytování pojištění dle této rámcové smlouvy v rozsahu jím zvolené úrovně, který kromě veškerých náležitostí a údajů obsažených v písemné žádosti majitele účtu obsahuje též výslovné konstatování majitele účtu, že je mu znám obsah VPP Pojišťovny České spořitelny a rámcové smlouvy, a že přistupuje k rámcové smlouvě v plném rozsahu (dále jen „ústní souhlas majitele účtu“).

- 5.2 Prohlášení majitele účtu/disponující osoby o přistoupení k rámcové smlouvě ve smyslu odst. 5.1 článku 5 této rámcové smlouvy se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s ustanoveními zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato prohlášení resp. údaje uvedené 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.
- 5.3 Pojistník je oprávněn písemně prohlásit majitele účtu/disponující osoby o přistoupení k rámcové smlouvě zajistit též elektronickou formou, a to v souladu s příslušnými právními předpisy.
- 5.4 Pojistník je povinen údaje o pojištěných – majitelích účtů/disponujících osobách oznamovat pojistiteli v souladu s prováděcí smlouvou, kterou je řešeno předávání informací mezi pojistníkem a pojistitelem. Při porušení této povinnosti je pojistitel oprávněn v případě vzniku pojistné události pojistné plnění odmítnout, případně přiměřeně snížit.

Článek 6

Počátek, změna a konec pojištění vztahující se k jednotlivému účtu, pojistná období

- 6.1 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu vzniká od okamžiku, kdy pojistník akceptuje žádost majitele účtu/disponující osoby, resp. dnem pozdějším dle požadavku majitele účtu/disponující osoby uvedeného v žádosti majitele účtu/disponující osoby.
- 6.2 V případě ústního souhlasu majitele účtu vzniká pojištění v 0:00 hod. následujícího pracovního dne po dni, v němž majitel účtu souhlas vyslovil, resp. dnem pozdějším dle požadavku majitele účtu.
- 6.3 Pojištění se sjednává v různých úrovních, dle volby majitele účtu/disponující osoby uvedené v žádosti majitele účtu/disponující osoby. V případě požadavku majitele účtu/disponující osoby na změny sjednané úrovně pojištění, je majitel účtu/disponující osoba povinen zrušit původní pojištění a sjednat nové pojištění s požadovanými parametry. Takto sjednaná změna je účinná od 0:00 hod. prvního dne následujícího kalendářního měsíce po dni, kdy pojistník akceptuje žádost majitele účtu/disponující osoby o tuto změnu úrovně pojištění.
- 6.4 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniká ve 24.00 hodin dne, kdy nastane skutečnost, s níž je spojen zánik pojištění, není-li stanoveno v této rámcové smlouvě jinak.
- 6.5 Pojistným obdobím je kalendářní měsíc. Pojistné za první a poslední pojistné období pojištění vztahujícímu se k jednotlivému účtu náleží pojistiteli za celý kalendářní měsíc, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu vzniklo, resp. zaniklo, pokud není v této rámcové smlouvě uvedeno jinak.
- 6.6 Pojištění sjednaná v úrovni A nebo A + dle této rámcové smlouvy se u jednotlivých pojištěných po dovršení 18 let věku automaticky změní na pojištění v úrovni B nebo B+ (úroveň A na úroveň B, resp. úroveň A+ na úroveň B+). K účinnosti změny v rozsahu pojištění a úrovně dochází počínaje prvním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný dosáhl 18 let věku.

Článek 7

Zánik jednotlivého pojištění

- 7.1 Veškerá pojištění jednotlivého pojištěného vztahující se k jednotlivému účtu zanikají:
- a) dnem, kdy končí účinnost smlouvy o běžném účtu, k níž se pojištění vztahuje;
 - b) dnem převedení běžného účtu, ke kterému je sjednáno pojištění dle této rámcové smlouvy, na standardní běžný účet nebo jiný program běžného účtu, k němuž není pojištění dle této rámcové smlouvy pojistníkem poskytováno/nabízeno;
 - c) omezením dispozice s peněžními prostředky na běžném účtu, v jehož důsledku nebude možné použít peněžní prostředky pro úhradu nákladů spojených s jeho pojištěním; pojištění zaniká posledním dnem pojistného období, v němž taková situace nastala;

- pojistiteli nenáleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;
- d) změnou osoby majitele účtu; pojištění zaniká dnem, v němž taková situace nastala; pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;
 - e) úmrtím majitele účtu; k ukončení pojištění dochází ke dni, kdy se pojistník dozvěděl o úmrtí majitele účtu; pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;
 - f) koncem pojistného období, v němž se pojištěný dožije 70 let věku;
 - g) zrušením dispozičního oprávnění k účtu disponující osoby, která sjednala pojištění; pojištění zaniká dnem, v němž taková situace nastala;
 - h) písemnou dohodou pojistníka a pojistitele, ve které je určen okamžik zániku jednotlivého pojištění a způsob vzájemného vyrovnání závazků; pojistitel tímto výslovně zmocňuje pojistníka k možnosti ukončení smluvního vztahu s pojištěným dohodou; pojištění zanikne ve 24.00 hod. dne, kdy byl návrh na dohodu o ukončení pojištění podán a pojistníkem akceptován.
 - i) odstoupením od jednotlivého pojištění pojistitelem nebo odmítnutím plnění pojistitelem za podmínek stanovených zákonem o pojistné smlouvě; zanikne-li pojištění, jsou si smluvní strany této rámcové smlouvy povinny vrátit veškerá vzájemně poskytnutá plnění související s pojištěním, od něhož pojistitel odstoupil nebo u kterého odmítl plnit, přičemž 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 jím vyplaceného pojistného plnění bude započtena proti pohledávce pojistníka za pojistitelem na vrácení pojistníkem zaplaceného pojistného.
- 7.2 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu může být ukončeno i dalšími způsoby uvedenými na jiném místě této rámcové smlouvy, VPP Pojišťovny České spořitelny nebo způsoby stanovenými zákonem o pojistné smlouvě, a to vždy na základě té právní skutečnosti, která nastane dříve.

Článek 8 **Pojistné**

- 8.1 Výše pojistného za pojištění vztahující se k jednotlivému účtu, hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období v rozsahu jednotlivých úrovní 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 pojištění vztahující se k jednotlivým účtům na účet pojistitele. Sjednané pojistné se považuje za běžné pojistné a je splatné do 20. dne měsíce následujícího po pojistném období, k němuž se vztahuje.
- 8.3 Situace, kdy v průběhu pojistného období dochází ke změně majitele účtu (zániku pojištění) a nový majitel účtu v daném pojistném období přistoupí k této rámcové smlouvě (vznik nového pojištění), nemá vliv na výši pojistného za dané pojistné období resp. na cenu pojištění účtovanou k příslušnému účtu (cena je účtována pouze jedenkrát, přičemž vzájemné pohledávky z toho vzniklé, si jsou povinni vyrovnat původní a nový majitel účtu mezi sebou). Pojistné za celé pojistné období, ve kterém došlo ke změně majitele účtu, se stanoví dle tohoto článku. Pokud však při změně majitele účtu dochází i ke změně úrovně pojištění, potom se pojistné k účtu, pro dané pojistné období, stanoví podle výše platné pro nově sjednanou úroveň pojištění.
- 8.4 Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí, a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, zanikne pojištění uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno.

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 vzniku úrazu s trvalými následky pojištěného

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události - pojištění trvalých následků úrazu“,
- potvrzení existence běžného účtu a k němu sjednané pojištění ke dni vzniku pojistné události
- informace týkající se daného úrazu (záznam o prvním ošetření, odborná vyšetření, propouštěcí zprávy atd.) a všech předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené,
- v případě trvalých následků úrazu je pojištěný povinen nahlásit ustálení těchto následků (nejpozději však před uplynutím zákonné promlčecí lhůty) a požádat pojistitele o zajištění ohodnocení těchto následků, termín ohodnocení rozsahu trvalých následků stanovuje pojistitel.

b) V případě denního odškodného za dobu léčení úrazu pojištěného a v případě hospitalizace pojištěného

- vyplněný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události - pojištění pro případ úrazu“,
- potvrzení existence běžného účtu a k němu sjednané pojištění ke dni vzniku pojistné události
- informace týkající se daného úrazu (záznam o prvním ošetření, odborná vyšetření, propouštěcí zprávy atd.) a všech předchozích úrazů či onemocnění, která jsou v souvislosti s předmětným úrazem, nebo která se týkají části těla úrazem postižené,
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře).

9.2 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, popřípadě s osobami určenými způsobem uvedeným v zákoně o pojistné smlouvě.

9.3 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považují za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitelé považují 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. Náklady spojené s vyplněním formuláře „Hlášení pojistné události“ hradí pojištěný.

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

9.5 Horní hranice pojistného plnění (limit pojistného plnění)

Smluvní strany se dohodly, že na celkové pojistné plnění ze všech pojištění dle této rámcové smlouvy u jednoho pojištěného (pro případ, že pojištěný uzavřel s pojistníkem jednu nebo více smluv o běžném účtu, v rámci kterých vyjádřil souhlas se svým pojištěním a u nichž se doba platnosti smluv o běžném účtu jakkoli časově překrývá), je stanoven limit pojistného plnění ve výši 1.000.000,- Kč (slovy: jedenmilionkorunčeských). Pokud pojistitel poskytl pojistné plnění z jedné nebo více pojistných událostí jednoho pojištěného v celkové výši 1.000.000,- Kč (slovy: jedenmilionkorunčeských), veškerá pojištění tohoto pojištěného vzniklá na základě této rámcové smlouvy zanikají.

Článek 10 Pojistné plnění

- 10.1 V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této rámcové smlouvy, VPP Pojišťovny České spořitelny a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného doklady uvedené v této rámcové smlouvě, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění do 15 dnů ode dne, kdy 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 (dle ustanovení zákona o pojistné smlouvě), je pojistitel povinen sdělit písemně pojištěnému důvody, pro které nelze šetření ukončit, popř. ji informovat o přerušení této lhůty.
- 10.3 Lhůta tří měsíců dle předchozího písmene neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojistníka nebo pojištěného.
- 10.4 Úrazová pojištění trvalých následků úrazu, denního odškodného za dobu léčení úrazu a pojištění hospitalizace (pobytu v nemocnici) z důvodu úrazu nebo nemoci se nevztahují na případy vzniklé následkem onemocnění a následkem úrazů, které nastaly, byly diagnostikovány nebo prvotně léčeny před počátkem pojištění (např. onemocnění kloubů, páteře, chronická onemocnění apod.).
- 10.5 Pojistitel neplní v pojištění sjednaném v úrovni A nebo úrovni A+ v případech hospitalizace z důvodu nemoci, která nastane před dožitím prvního roku věku. Z pojistného krytí jsou v těchto souborech pojištění vyloučeny také hospitalizace způsobené výlučně vrozenými vadami pojištěného.
- 10.6 Samotné právo na výplatu pojistného plnění nemá vliv na zánik pojištění, pokud k zániku pojištění jednotlivého pojištěného došlo po vzniku pojistné události a právo na výplatu pojistného plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v souladu s touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny.
- 10.7 Jestliže před výplatou pojistného plnění z pojištění sjednaného v úrovni A nebo úrovni A+ pojištěný zemře a vznikl-li nárok na výplatu pojistného plnění, vyplatí pojistitel pojistné plnění zákonnému zástupci pojištěného.
- 10.8 V případě souběhu pojistných událostí a vzniku souběžného nároku na pojistné plnění u jednoho pojištěného v podobě hospitalizace, denního odškodného za dobu léčení úrazu a případně trvalých následků z tohoto úrazu, plní pojistitel v plném rozsahu a jednotlivě za každé pojistné riziko v rámci sjednaného souboru pojištění.
- 10.9 **Pojištění trvalých následků úrazu**

10.9.1 Pojistná událost - trvalé následky úrazu

Pojistnou událostí je úraz pojištěného, ke kterému dojde během pojistné doby a jehož trvalé následky dosáhnou minimálně 5,1 % trvalého tělesného poškození podle Oceňovací tabulky plnění za trvalé následky úrazu" (dále jen „Tabulky TNÚ“). Pojistitel vyplatí pojištěnému po ustálení těchto následků, v závislosti na rozsahu trvalého tělesného poškození, příslušné procento ze sjednané pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu. K ustálení trvalých následků úrazu dochází obvykle nejdříve po jednom roce ode dne úrazu, s výjimkou případů, kdy je rozsah trvalého tělesného poškození jednoznačně zřejmý před uplynutím této doby. Plněním v případě pojistné události způsobené trvalými následky úrazu pojištění nezaniká, s výjimkou případu uvedeného v odst. 8.6 této rámcové smlouvy.

Pro pojištěné v úrovni A nebo v úrovni B:

Pojištění trvalých následků úrazu – v případě úrazu s trvalými následky vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši příslušného procenta z částky ve výši 100 000,-- Kč (slovy: jednostatisíckorunčeských), a to na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

Pro pojištěné v úrovni A+ nebo v úrovni B+:

Pojištění trvalých následků úrazu – v případě úrazu s trvalými následky vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši příslušného procenta z částky ve výši 300 000,-- Kč (slovy: třístatisíckorunčeských), a to na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

10.9.2 Podmínky výplaty pojistného plnění v případě vzniku trvalých následků úrazu

- a) Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a Tabulky TNÚ platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Tabulku TNÚ může pojistitel v době trvání pojištění průběžně doplňovat a měnit a pojištěný má právo do ní kdykoliv nahlédnout. Za trvalé následky úrazů, které nejsou uvedeny v Tabulce TNÚ, pojistitel pojistné plnění neposkytuje. Opakované ohodnocení trvalých následků lze provést pouze na dodatečné vyžádání a náklady pojištěného, a to u smluvního lékaře určeného pojistitelem.
- b) Pokud je to nezbytné, získává pojistitel relevantní informace na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře. Smluvní lékař vyhotovuje odbornou lékařskou expertizu, tj. zjištění zdravotního stavu na základě dodaných lékařských zpráv nebo zdravotnické dokumentace od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i dodatečnou prohlídkou nebo vyšetřením pojištěného. Konečná výše rozsahu trvalých následků úrazu je ve všech případech stanovena a potvrzena pojistitelem.
- c) Zanechá-li úraz pojištěnému trvalé následky, vyplatí pojistitel z pojistné částky plnění ve výši tolika procent, která odpovídají jednotlivým tělesným poškozením podle Tabulky TNÚ a rozsahu trvalých následků po jejich ustálení. V případě, že se trvalé následky neustálily do tří let ode dne úrazu, vyplatí pojistitel z pojistné částky plnění ve výši tolika procent, kolika odpovídá jejich stav ke konci této tříleté lhůty; pojistitel nezohledňuje další změny ve zdravotním stavu pojištěného, které nastanou po ukončení této tříleté lhůty s výjimkou případů, kdy pojištěný porušil ustanovení VPP Pojišťovny České spořitelny, článku 8, odst. B, bodu 1, písm. h) a i).
- d) Stanoví-li Tabulka TNÚ procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození způsobeného úrazem.
- e) Nemůže-li pojistitel plnit proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí jednoho roku ode dne úrazu ještě ustáleny, avšak je již znám jejich minimální rozsah po ustálení a tento odpovídá min. 5,1 %, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně jednu zálohu.
- f) Týkají-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánů, které byly poškozeny již před úrazem, sníží pojistitel své pojistné plnění za trvalé následky o tolik procent, kolika procentům odpovídalo předcházející poškození, určené též podle TNÚ.
- g) Způsobí-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků, hodnotí pojistitel celkové trvalé následky součtem procent pro jednotlivé následky, nejvýše však do výše 100 %.
- h) Týkají-li se jednotlivé trvalé následky po jednom nebo více úrazech téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí je pojistitel jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Tabulce TNÚ pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
- i) Jestliže pojištěný zemře následkem úrazu do jednoho roku ode dne, kdy k úrazu došlo, zaniká nárok na plnění za trvalé následky úrazu.
- j) Jestliže před výplatou pojistného plnění za trvalé následky úrazu pojištěný zemře, nikoliv však na následky tohoto úrazu, nebo pokud zemře po uplynutí jednoho roku od úrazu z jakékoliv příčiny a pokud vznikl nárok na plnění za trvalé následky úrazu, vyplatí pojistitel dědicům pojištěného částku, která odpovídá rozsahu trvalých následků úrazu pojištěného v době jeho smrti.
- k) Není-li možno zpětně získat relevantní informace nutné k posouzení trvalých následků, nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu nevzniká.

10.10 **Pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu**

10.10.1 **Pojistná událost v pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu**

Pojistnou událostí je úraz pojištěného a doba nezbytného léčení v důsledku tohoto úrazu, ke které dojde během trvání pojištění. Úrazy jsou přesně specifikovány v tabulce Maximální hodnoty plnění denního odškodného za dobu léčení úrazu (dále jen „Oceňovací tabulka DO“).

Pojistné plnění je pojistitel povinen vyplátit pojištěnému. Výplatou plnění v případě pojistné události způsobené úrazem a dobou nezbytného léčení v důsledku tohoto úrazu pojištění nezaniká, s výjimkou případu uvedeného v odst. 8.6 této rámcové smlouvy.

Pro pojištěné v úrovni A:

Pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu – v případě úrazu vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši 100,-- Kč (slovy: jednostokorunčeských) za každý den celkové doby léčení, dosáhla-li tato doba alespoň 15 dnů (souvisle po sobě jdoucích). K pojistnému plnění dochází na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

Pro pojištěné v úrovni A+:

Pojištění denního odškodného za dobu léčení úrazu – v případě úrazu vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši 300,-- Kč (slovy: třístakorunčeských) za každý den celkové doby léčení, dosáhla-li tato doba alespoň 15 dnů (souvisle po sobě jdoucích). K pojistnému plnění dochází na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

10.10.2 Podmínky výplaty pojistného plnění v případě denního odškodného za dobu léčení úrazu

- a) Výši a rozsah pojistného plnění určuje pojistitel podle dále uvedených zásad a Oceňovací tabulky DO platné v době vzniku pojistné události (úrazu). Oceňovací tabulku DO může pojistitel v době trvání pojištění průběžně doplňovat a měnit a pojištěný má právo do ní kdykoliv nahlédnout.
- b) V oceňovací tabulce DO je uveden maximální počet dnů, za které může být sjednané denní odškodné pro příslušnou diagnózu vyplaceno. Celkový počet dnů, za které může být vyplaceno pojistné plnění, se stanoví na základě lékařské zprávy o úrazu, maximálně však v počtu dnů uvedených v této tabulce.
- c) Pokud je celková doba léčení pojištěného kratší než 15 dnů, pojistné plnění za dobu nezbytného léčení úrazu (dále jen „doba léčení“) se nevyplácí. Pokud je celková doba léčení alespoň 15 dnů, vyplatí pojistitel denní odškodné za dobu léčení dle skutečného počtu dnů léčení, maximálně však do výše dle oceňovací tabulky DO.
- d) Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce DO, je pojistitel oprávněn stanovit výši pojistného plnění v součinnosti se smluvním lékařem pojistitele. K určení celkové výplaty pojistného plnění použije pojistitel hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce DO, které jsou danému poškození svou povahou nejbližší.
- e) Pro pojištění sjednaná v rozsahu souboru pojištění A nebo souboru pojištění A+ platí, že do posledního dne kalendářního roku, ve kterém pojištěný dovrší 10 let věku, platí odlišně od ustanovení VPP Pojišťovny České spořitelny, že za pojistné události jsou u těchto pojištěných považovány i otravy v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- f) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění z jedné pojistné události v případě denního odškodného, je 180 dnů.
- g) V případě souběhu doby léčení více úrazů se započítává souběžná doba léčení pouze jednou. Bylo-li pojištěnému způsobeno jedním úrazem několik tělesných poškození různých druhů, plní pojistitel pouze za dobu léčení u nejzávažnějšího úrazu dle Oceňovací tabulky DO.
- h) V případě dlouhodobého léčení úrazu, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- i) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

10.11 Pojištění hospitalizace z důvodu úrazu a nemoci

10.11.1 Pojistná událost v pojištění hospitalizace (pobytu v nemocnici) z důvodu úrazu a nemoci

Pojistnou událostí je úraz nebo nemoc pojištěného, jejichž přímým důsledkem je z lékařského hlediska nutná hospitalizace pojištěného (pobyt v nemocnici). Pojistné plnění je pojistitel povinen vyplátit pojištěnému. Výplatou plnění v případě pojistné události z pojištění hospitalizace pojištění nezaniká, s výjimkou případu uvedeného v odst. 8.6 této rámcové smlouvy.

Pro pojištěné v úrovni A a úrovni B:

Pojištění hospitalizace – v případě úrazu nebo nemoci pojištěného vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši 100,-- Kč (slovy: jednotakorunčeských) za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace, dosáhla-li tato doba alespoň 24 hodin. K pojistnému plnění dochází na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

Pro pojištěné v úrovni A+ a v úrovni B+:

Pojištění hospitalizace – v případě úrazu nebo nemoci pojištěného vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši 300,-- Kč (slovy: třístakorunčeských) za každý započatý den z lékařského hlediska nutné hospitalizace, dosáhla-li tato doba alespoň 24 hodin. K pojistnému plnění dochází na základě vysloveného souhlasu pojištěného s pojištěním, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění.

10.11.2 Podmínky výplaty pojistného plnění v případě hospitalizace (pobytu v nemocnici) z důvodu úrazu a nemoci

- a) Pojistitel vyplatí od prvního dne hospitalizace pojištěného způsobené úrazem nebo nemocí za každý den této hospitalizace (vč. sobot, nedělí a svátků) pojistné plnění v rozsahu úrovně A nebo A+ nebo B nebo B+. Podmínkou výplaty pojistného plnění je hospitalizace dosahující minimálně 24 hodin (souvisle po sobě jdoucích).
- b) Pojistné plnění může být vyplaceno za každý den hospitalizace, která nastane v prvních třech letech ode dne zahájení léčeni tohoto úrazu nebo nemoci. Po uplynutí třech let od zahájení tohoto léčení nárok na výplatu plnění z pojištění hospitalizace spojené s tímto léčením zaniká.
- c) Maximální počet dnů, za které poskytne pojistitel pojistné plnění z jedné pojistné události v případě hospitalizace, je pro pojištění sjednaná v rozsahu:
 - úrovně A nebo úrovně A+ => 365 dnů;
 - úrovně B nebo úrovně B+ => 730 dnů.
- d) Pro pojištění sjednaná v úrovni A nebo úrovni A+ platí, že do posledního dne kalendářního roku, ve kterém pojištěný dovrší 10 let věku, platí odlišně od ustanovení VPP Pojišťovny České spořitelny, že za pojistné události jsou u těchto pojištěných považovány i hospitalizace způsobené otravou v důsledku požití pevných nebo kapalných látek polknutím, s výjimkou otrav způsobených potravinami.
- e) V případě jedné hospitalizace způsobené více úrazy nebo nemocemi se pro účely výplaty pojistného plnění započítává pouze celková doba hospitalizace.
- f) V případě dlouhodobé hospitalizace pojištěného, lze-li jednoznačně určit, že vznikne nárok na pojistné plnění a lze určit jeho minimální výši, může pojistitel poskytnout pojištěnému na základě jeho písemné žádosti přiměřenou zálohu; pojistitel poskytne k jedné pojistné události maximálně dvě zálohy, a to nejdříve po třech měsících od vzniku pojistné události.
- g) Základní čekací doba pro hospitalizaci z důvodu nemoci je dva měsíce od počátku tohoto pojištění. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ hospitalizace výlučně z důvodu:
 - těhotenství nebo porodu,
 - zubního ošetření, zhotovení zubních náhrad a úkonů chirurgie a ortopedie čelisti.

V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění z jedné hospitalizace omezeno max. na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací na 14 dnů.

- h) Nemocnici se ve smyslu těchto podmínek rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými, chirurgickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- i) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

Článek 11 Vyluky z pojištění

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

Článek 12 Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- 12.1 Platit pojistiteli pojistné dle počtu pojištěných v rámci sjednané úrovně pojištění dle čl. 8 této rámcové smlouvy.
- 12.2 Odpovídat pojistiteli pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu údajů, které mu jsou známy.
- 12.3 Poskytnout pojistiteli součinnost, zejména:
 - a) dbát, aby žádost majitele účtu/disponující osoby s prohlášením o přistoupení k pojištění anebo jeho žádost o ukončení pojištění byly řádně vyplněny, podepsány a uchovávány,
 - b) předávat pojistiteli identifikační údaje vztahující se k jednotlivým účtům v souladu s prováděcí smlouvou, která toto předávání upravuje,
- 12.4 Na základě odůvodněného požadavku pojistitele poskytovat 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.
- 12.5 Prokazatelně seznamovat majitele účtů/disponující osoby s obsahem rámcové smlouvy, s VPP Pojišťovny České spořitelny a předávat těmto majitelům účtů/disponujícím osobám kopie těchto dokumentů (v případě přistupování k pojištění v rámci resolicitačního programu pak zajistit možnost seznámení se s dokumenty na internetových stránkách pojistníka nebo v jeho obchodních místech).
- 12.6 V dostatečné míře zajistit, v návaznosti na školení poskytnuté pojistitelem dle článku 13 této rámcové smlouvy, proškolení příslušných pracovníků obchodních míst.
- 12.7 Plnit další povinnosti stanovené v podmínkách této rámcové smlouvy.

Článek 13 Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

13.1 Pojistitel je povinen:

- a) v případě vzniku pojistné události poskytnout pojištěné osobě pojistné plnění v rozsahu stanoveném touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny;
- b) poskytovat školení o pojištění podle této rámcové smlouvy pojistníkovi, resp. jeho zaměstnancům, nebo jím zmocněným osobám;
- c) zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně stanovení odpovědných osob;
- d) informovat pojistníka nejméně dva měsíce předem o změnách VPP Pojišťovny České spořitelny, jakož i o změnách zákonů či vydání nových zákonů, týkajících se pojištění dle této

- rámcové smlouvy. Poskytnout pojistníkovi dostatečné podklady pro to, aby se změnami mohl pojistník seznámit pojištěné.
- 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, již se porušení týká, oprávněna požadovat na smluvní straně, která porušila povinnost mlčenlivosti dle tohoto odstavce, úhradu smluvní pokuty ve výši 500.000,– Kč (slovy: pětsettisíckorunčeských) 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 doručováním písemností na její adresu uvedenou v záhlaví této rámcové smlouvy či zasláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a opatřených elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance pojistitele/pojistníka založeným na komerčním 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 17. 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, MBA
předseda představenstva
a generální ředitel



Ing. Jaroslav Kulhánek
místopředseda představenstva
a náměstek generálního ředitele

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

3



ŽÁDOST O ZŘÍZENÍ NEBO ZRUŠENÍ SLUŽBY K OSOBNÍMU ÚČTU ČESKÉ SPORITELNY (DÁLE JEN ŽÁDOST)

Majitel Účtu:

Předčísí

Číslo Účtu

Kód banky

Obchodní místo Banky:

Žádám tímto v souladu se Smlouvou o shora uvedeném Účtu:

- o zřízení služby spočívající v poskytování pojistného programu „Úrazové pojištění“

úroveň

s účinností od _____ a současně tímto:

- přistupuji*) jako pojištěný Majitel Účtu k tomuto dni k Rámcové pojistné smlouvě č. ČSUR 1/2009 uzavřené mezi společností Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, IČ: 47452820 jako pojistitelem na straně jedné a Bankou jako pojistníkem na straně druhé (dále jen Rámcová smlouva),

- potvrzuji, že jsem byl seznámen s Rámcovou smlouvou, převzal jsem Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění SKUP 1, souhlasím s nimi a vyjadřuji v souladu s těmito dokumenty souhlas se svým pojištěním,

- prohlašuji a potvrzuji, že ke dni přistoupení k pojištění jsem mladší 60 let, jsem zdravý, nejsem v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků, nejsem v pracovní neschopnosti a za uplynulých 12 měsíců jsem nebyl v pracovní neschopnosti delší než 30 po sobě jdoucích dní,

- souhlasím s tím, že pojistitel je oprávněn požadovat údaje o mém 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,

- souhlasím, aby Banka předala moje osobní údaje (včetně rodného čísla) a číslo Účtu pojistiteli ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění,

- zavazuji se uhradit Bance náklady spojené s mým pojištěním odpovídající pojistnému hrazenému Bankou pojistiteli za moji osobu a souhlasím s tím, aby Banka bez mého příkazu prováděla úhrady těchto nákladů přímo z Účtu.

*) přistoupením se pro tyto účely rozumí sjednání pojištění ve prospěch pojištěného Majitele Účtu, nikoliv to, že se Majitel Účtu stává smluvní stranou Rámcové smlouvy

- o zrušení služby spočívající v poskytování pojistného programu „Úrazové pojištění“

úroveň

s účinností od _____

V(e) _____

dne _____

Majitel Účtu/za Majitele Účtu
podpis(y) dle podpisového vzoru, příp. razítko