Pojištění k úvěrům
Stavební spořitelny České spořitelny

ČESKÁ spořitelna

Úvod

Každý z nás se někdy může dostat do situace, kdy nebude moci splácet úvěr. Sjednání pojištění k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny pomůže Vám a Vašim blízkým tuto nepříjemnou situaci řešit. Pojištění k úvěrům je volitelnou součástí úvěru Stavební spořitelny České spořitelny.

Pojištění k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny Vám zajistí splácení úvěru v případě:

– pracovní neschopnosti,
– ztráty zaměstnání,
– invalidity,
– úmrtí.

Pojištění nelze sjednat samostatně a řídí se právním řádem České republiky.

Ochrana Vašich příjmů v těžkých životních situacích

Věděli jste, že **v případě dlouhodobé nemoci klesá příjem průměrně o 40 %** a při dlouhodobé ztrátě zaměstnání můžete přijít až o 55 % ze svého běžného příjmu?

A právě v těchto případech stojíme za Vámi. Pojištění za Vás **vyřeší splátky úvěru**, abyste mohli obtížnou životní situaci snáze překonat.

Jaké jsou výhody pojištění?

Jednoduchost a komfort

Snadnější už to být nemůže. Stačí potvrdit Váš souhlas s podmínkami pojištění a Váš úvěr je pojištěn. Od té chvíle už se o pojištění starat nemusíte, platby za pojištění jsou součástí splátky úvěru, kterou měsíčně inkasuje Stavební spořitelna České spořitelny.

Pro všechny úvěry do výše 2 500 000 Kč nemusíte podstoupit lékařskou prohlídku ani vyplňovat složité formuláře. U úvěrů do 7 499 999 Kč včetně stačí vyplnit základní dotazník bez nutnosti lékařské prohlídky. Vyšší úvěry umíme také pojistit, ale budeme od Vás potřebovat vědět více o Vašem zdravotním stavu.

Cena nastavená podle splátky úvěru

Úhrada za pojištění je přizpůsobena výši Vašeho úvěru a jeho měsíční splátce, takže neplatíte zbytečně navíc. Pokud změníte výši splátky úvěru, pojištění se jí přizpůsobí.

Jak pojištění funguje?

V životě mohou nastat situace, které mají podstatný dopad na Váš rozpočet. Pro ty nejzásadnější jsme připravili balíček pojištění, díky kterému je Vy nebo Vaše rodina můžete snáze překonat.

Rozsah pojištění a podmínky pro sjednání

Pojištění	Karenční doba	Varianta pojištění		
		Standard / Standard 50 %	Plus / Plus 50 %	Mini*
Pracovní neschopnost	30 dnů	ano	ano	ne
Úmrtí	–	ano	ano	ano
Invalidita	–	ano	ano	ne
Ztráta zaměstnání	30 dnů	ne	ano	ne

* Lze sjednat pouze v případě, že nesplňujete zdravotní podmínky pro přistoupení k souboru pojištění Standard, Standard 50 %, Plus a Plus 50 %.

Varianty Standard 50 % a Plus 50 % lze sjednat pouze pro spotřebitelské úvěry na bydlení nad 4 000 000 Kč.

Jak funguje karenční doba a kdy plníme

U pracovní neschopnosti není nárok na plnění v prvních 30 dnech neschopnosti. Nárok na plnění vzniká až při splátce úvěru, jejíž řádná splatnost nastane minimálně po 30 dnech trvání pracovní neschopnosti. U ztráty zaměstnání není nárok na plnění v prvních 30 dnech evidence na úřadu práce. Nárok na plnění vzniká až při splátce úvěru, jejíž řádná splatnost nastane minimálně po 30 dnech evidence na úřadu práce.

Základní soubor pojištění Standard a Standard 50 %

Sjednáním tohoto souboru si pojišťujete rizika:
– pracovní neschopnosti,
– invalidity,
– úmrtí.

Stačí, když:
– jste mladší 60 let,
– nejste v invalidním důchodu nebo nečekáte na jeho přiznání (invalidita 1., 2. nebo 3. stupně),
– nebyl Vám přiznán průkaz TP, ZTP, ZTP/P,
– nejste v pracovní neschopnosti,
– berete na vědomí, že se pojištění nevztahuje na onemocnění a úrazy, které

vznikly nebo se projevily před počátkem pojištění nebo mají příčinnou souvislost s onemocněními nebo úrazy, které vznikly nebo se projevily před počátkem pojištění,
– vyplnil/a jste Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu (a případně další požadovanou zdravotní dokumentaci),
– pojistitel vyslovil souhlas s pojištěním.

Rozšířený soubor pojištění Plus a Plus 50 %

Sjednáním tohoto souboru si pojišťujete rizika:
– ztráty zaměstnání,
– pracovní neschopnosti,
– invalidity,
– úmrtí.

Stačí, když splníte podmínky pro sjednání souboru pojištění Standard, a navíc:
– berete na vědomí, že se pojištění nevztahuje:
  · na ztrátu zaměstnání vzniklou ukončením pracovního poměru z Vaší vlastní vůle nebo ve zkušební době,
  · na ukončení pracovního poměru, o kterém jste věděl/a před datem sjednaným jako počátek pojištění.

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 jste byl/a uznán/a invalidní/m (1., 2. nebo 3. stupně); v případě zjištění zamlčení této skutečnosti může dojít k odstoupení od pojištění.

Jak pojištění pomáhá?

Pojištění	Pojistné plnění ve výši	Jak se vyplácí pojistné plnění
Pracovní neschopnost	splátky úvěru (max. 12 splátek z jedné pojistné události)	na úvěrový účet
Úmrtí	100 % dlužné částky* (50 % dlužné částky* pro varianty Standard 50 % a Plus 50 %)	
Invalidita	100 % dlužné částky* (50 % dlužné částky* pro varianty Standard 50 % a Plus 50 %)	
Ztráta zaměstnání	splátky úvěru (max. 12 splátek z jedné pojistné události)	

* Celý nesplacený zůstatek úvěru k datu uznání invalidity 3. stupně / úmrtí, včetně dlužných úroků a úhrad bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše pojistné částky dle úvěrové smlouvy. V případě, že je pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

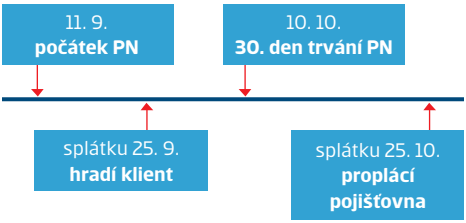
Jak se pojistné plnění poskytuje?

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Bude-li Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat déle než 30 dnů a splníte-li podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude pojišťovna hradit částky ve výši pravidelných úvěrových splátek na úvěrový účet u Stavební spořitelny České spořitelny po dobu trvání Vaší pracovní neschopnosti, a to poprvé za měsíc, ve kterém budete 30. den v pracovní neschopnosti, pokud splatnost této splátky úvěru spadá do doby trvání Vaší pracovní neschopnosti.

- V případě pojistného plnění pojišťovna hradí z jedné pojistné události maximálně 12 měsíčních splátek.
- Při opakování pracovní neschopnosti hradí pojišťovna vícekrát v průběhu pojištění (riziko nezaniká).

Příklad – poskytnutí pojistného plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného



Nezapomeňte, že:
- je nutné, aby splatnost splátky úvěru nastala po 30. dni trvání Vaší PN a zároveň stále trvala Vaše PN,
- Vaše pojištění nezaniká a pojišťovna může hradit vícekrát v průběhu pojištění.

ZTRÁTA ZAMĚSTNÁNÍ

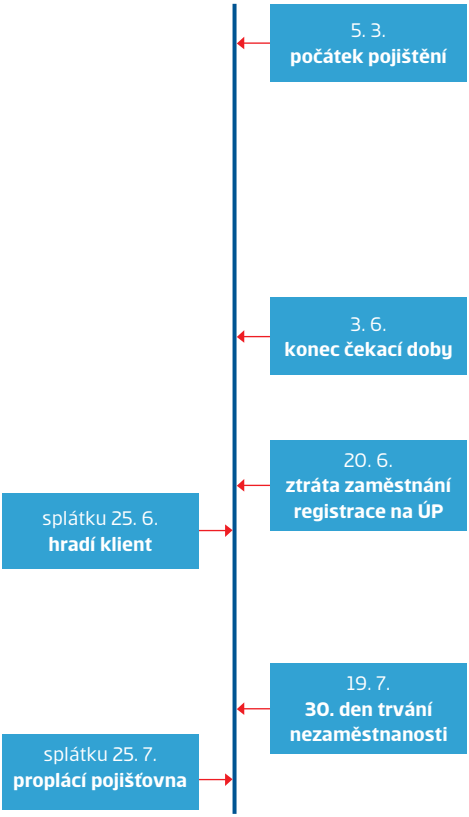
Pojišťovna stanovila čekací dobu v délce 90 dnů od data prvního čerpání úvěru, ve které není ztráta zaměstnání považována za pojistnou událost. Pokud budete více než 30 dnů po uplynutí čekací doby nezaměstnán/a (počítáno ode dne registrace na úřadu práce) a eventuálně budete pobírat podporu v nezaměstnanosti a splňovat podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude pojišťovna po dobu trvání Vaší nezaměstnanosti hradit částky ve výši pravidelných úvěrových splátek na úvěrový účet u Stavební spořitelny České spořitelny, a to poprvé za měsíc, ve kterém budete 30. den nezaměstnaný/á, pokud splatnost této splátky úvěru spadá do doby trvání nezaměstnanosti.

- Pojišťovna hradí z jedné pojistné události maximálně 12 měsíčních splátek.
- Při opakované ztrátě zaměstnání hradí pojišťovna vícekrát v průběhu pojištění (riziko nezaniká).
- V případě výplaty 12 úvěrových splátek z důvodu nezaměstnanosti vzniká pojištěnému nárok na plnění z další pojistné události až po uplynutí 12 měsíců ode dne výplaty poslední, 12. splátky.
- Pokud je pojištěný současně nezaměstnaný a také v pracovní neschopnosti, která nastala dříve, plní pojišťovna prvotně z důvodu pracovní neschopnosti a z důvodu nezaměstnanosti bude plnit až po ukončení pracovní neschopnosti.
- Pojištění pro případ ztráty zaměstnání se nevztahuje na pracovní poměry ukončené výpovědí ze strany zaměstnance.

Nezapomeňte, že:
- je nutné, aby splatnost splátky úvěru nastala po 30. dni od registrace na úřadu práce a zároveň stále trvala Vaše ztráta zaměstnání.

Jak pojištění pomáhá?

Příklad – poskytnutí pojistného plnění v případě ztráty zaměstnání pojištěného



INVALIDITA*

Jakmile budete uznán invalidním / uznána invalidní 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení a zároveň splníte podmínky dané pojištěním, uhradí Vám pojišťovna pojistné plnění ve výši celého nesplaceného zůstatku úvěru k datu uznání invalidity. Zůstatek bude včetně dlužných úroků a úhrad bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše pojistné částky dle úvěrové smlouvy.

V případě, že začnete pobírat starobní důchod (včetně předčasného důchodu nebo předdůchodu), dochází ke změně v pojištění invalidity a pojistnou událostí se v těchto případech stává vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P.

V případě, že ke dni uznání invalidity je pojištěný v prodlení se splátkami úvěru, bude od pojistného plnění odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

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

ÚMRTÍ

V případě úmrtí a při splnění podmínek pro vznik nároku na pojistné plnění pojišťovna uhradí Stavební spořitelně České spořitelny nesplacenou část úvěru, a to ve výši zůstatku úvěru k datu úmrtí, včetně dlužných úroků a úhrad bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše pojistné částky dle úvěrové smlouvy.

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 pojistné plnění nevztahuje a kdy se nejedná o pojistnou událost.

Přehled všech uplatňovaných výluk naleznete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro skupinové pojištění SKUP 1 a v rámcové pojistné smlouvě, které jsou součástí této brožury.

Vybrané výluky pro pojištění pracovní neschopnosti:

- degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, kromě případů, kdy bolesti zad vznikly po počátku pojištění a jejich příčinou je nově vzniklé poškození páteře (např. hernie disku), které bude prokázáno příslušným vyšetřením (magnetickou rezonancí, CT),
- psychiatrická onemocnění,
- odvykací, detoxikační kúry,
- 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 řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou.

Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

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

- zatelefonujete na **+420 234 240 250**,
- pošlete e-mail na **bankopojisteni@koop.cz**,
- písemně kontaktujete **ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY**, **Boudníkova 2506/1**, **180 00 Praha 8 – Libeň**.

Po nahlášení pojistné události obdržíte poštou formulář „Hlášení pojistné události". Ten vyplníte a spolu s požadovanými doklady zašlete zpět na výše uvedenou adresu.

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

Co byste ještě měli vědět?

Role pojistníka a pojištěného

Pojištění si nesjednáváte individuálně přímo s pojišťovnou, ale formou přistoupení k rámcové pojistné smlouvě uzavřené mezi námi, Stavební spořitelnou České spořitelny, a.s., jako pojistníkem a pojišťovnou Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, jako pojistitelem.

Díky této formě pojištění, označované též jako skupinové pojištění, Vám můžeme nabídnout zajímavé podmínky pojištění v různých variantách dle rámcové pojistné smlouvy.

Naproti tomu nemáte práva a povinnosti pojistníka, zejména si nemůžete individuálně nastavit nebo změnit podmínky pojištění (podmínky jsou pevně dány rámcovou pojistnou smlouvou) nebo ukončit rámcovou pojistnou smlouvu.

Jako pojištěnému klientovi Vám však samozřejmě budou vždy včas poskytnuty informace o případné změně podmínek a v případě potřeby můžete kdykoliv své pojištění dle nabídky rámcové pojistné smlouvy změnit, nebo dokonce ukončit. Aktuální rámcová pojistná smlouva a platné všeobecné pojistné podmínky jsou k dispozici na internetových stránkách www.csas.cz.

Vyřizování stížností zákazníků, pojištěných nebo jiných oprávněných osob a řešení sporů

S případnou stížností se prosím přednostně obracejte na pojišťovnu, a to

- **poštou** na adresu Kooperativa pojišťovna, a.s., VIG, Brněnská 634, 664 42 Modřice,
- **elektronicky** na e-mailovou adresu info@koop.cz, nebo
- **telefonicky** na číslo 957 105 105.

Pojišťovna Vaši stížnost prošetří a po skončení šetření Vás písemně informuje o jeho výsledku.

Pokud nebudete s vyřízením stížnosti spokojeni, můžete se rovněž obrátit na **Českou národní banku** se sídlem Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

V případě sporu se můžete obrátit na příslušný soud; pro mimosoudní řešení sporu se můžete obrátit na **Českou obchodní inspekci**, kterou lze kontaktovat na adrese Ústřední inspektorát – oddělení ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2 nebo prostřednictvím www.adr.coi.cz.

Nejčastější dotazy

Může pojištěný klient přestat platit splátky úvěru, pokud došlo ke vzniku pojistné události?
Pojištěný klient musí hradit splátky úvěru i v případě, že došlo k pojistné události. Je potřeba, aby klient i nadále zajistil dostatek peněz na svém účtu pro úhradu splátek úvěru, dokud pojišťovna neposoudí pojistnou událost a nevyplatí pojistné plnění.

Jak prokázat trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti?
Každé trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti pojištěného musí být pojištěným doloženo pojišťovně nejméně jednou za kalendářní měsíc, a to zasláním:

v případě pracovní neschopnosti:
- kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie „Průkazu dočasně práce neschopného pojištěnce" s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře. 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 a eventuálně pobírá podporu v nezaměstnanosti. 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 pracovní neschopnost nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), dostane klient celou pojistnou částku?
Za poslední měsíc pracovní neschopnosti bude pojistné plnění vyplaceno v plné výši při současném splnění podmínky: Splatnost splátky úvěru v daném měsíci spadá do doby trvání pracovní neschopnosti.

Vztahuje se pojištění pracovní neschopnosti také na pracovní úrazy?
Ano, pojištění se vztahuje na pracovní neschopnosti způsobené následkem jakéhokoliv úrazu, tzn. i pracovního.

Může se pojistit invalidní klient?
Ne, klient, který je invalidní (invalidita 1., 2. nebo 3. stupně), nesplňuje podmínky pro vstup do pojištění, a nemůže být proto pojištěn.

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 zhruba 8 měsících těhotenství bude v pracovní neschopnosti, nárok na plnění jí vzniká (samozřejmě, pokud to nebude za okolností uvedených ve výlukách všeobecných pojistných podmínek). 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 i zpětně v zákonné lhůtě (3 roky + 1 rok u neživotních typů pojištění anebo 10 let + 1 rok u životních pojištění pro případ úmrtí a invalidity).

Úplné znění podmínek týkajících se pojištění k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny je uvedeno v Rámcové pojistné smlouvě č. SSČS 1/2012 (včetně dodatků), která je k dispozici v obchodních místech České spořitelny, popř. na webových stránkách Stavební spořitelny České spořitelny (www.burinka.cz), a dále ve všeobecných pojistných podmínkách, které jsou v plném znění součástí této informativní brožury.

Informace o zpracování osobních údajů

V souvislosti s pojištěním k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny dochází ke zpracování Vašich osobních údajů. Vaše osobní údaje primárně zpracovává Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, IČO: 47116617 (dále jen **„pojišťovna"**), jakožto správce. V této části informativní brožury jsou uvedeny základní informace o tomto zpracování.

Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námitky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je přílohou této informativní brožury (dále jen **„Informační list pro rámcové smlouvy"**).

Zpracování citlivých osobních údajů

Zpracování údajů o zdravotním stavu na základě Vašeho souhlasu
Pojišťovna bude s Vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se Vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu, a dále Vaše genetické údaje obsažené ve zdravotní dokumentaci (dále jen „údaje o zdravotním stavu") pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění, nabídky a přijetí do pojištění a zajištění.

Na základě Vašeho souhlasu zpracovává pojišťovna tyto údaje po dobu trvání procesu přijetí do pojištění a po dobu trvání pojištění. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu do okamžiku odvolání.

Údaje o zdravotním stavu může pojišťovna na základě Vašeho souhlasu předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s. (ČR), a Swiss Re Europa S.A. (Německo).

Zpracování údajů o zdravotním stavu bez Vašeho souhlasu
Vaše údaje o zdravotním stavu zpracovává pojišťovna po přijetí do pojištění pro účely správy a ukončení pojištění, s výjimkou změny pojištění vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění, likvidace pojistné události, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků pojišťovny.

Zpracování ostatních osobních údajů (tj. vyjma citlivých osobních údajů)

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny
Vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna na základě oprávněného zájmu pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění, nabídky a přijetí do pojištění, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistné události, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

Proti tomuto zpracování máte právo kdykoliv podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu pro rámcové smlouvy.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti
Vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění pojišťovna dále zpracovává ke splnění své zákonné povinnosti vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí, a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Přílohy

Rámcová pojistná smlouva / pojistka SSČS 1/2012

ÚPLNÉ ZNĚNÍ (na základě dodatku č. 7)
účinné od 24. 7. 2020

uzavřená mezi níže uvedenými společnostmi:

POJISTNÍK
Stavební spořitelna České spořitelny, a.s.
se sídlem: Vinohradská 180/1632, 130 11 Praha 3
IČO: 60197609
DIČ: CZ60197609
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka č. 2616

POJISTITEL
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
se sídlem: Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8
IČO: 47116617
DIČ: CZ47116617
DIČ pro DPH: CZ699000955, člen skupiny
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spisová zn. B 1897

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 Úhrada za udržování pojištění, 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 pro skupinové pojištění SKUP 1 Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „VPP Kooperativy")

Článek 1
Úvodní ustanovení

Pojištění, které na základě této rámcové smlouvy sjednává **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group**, jako pojistitel na straně jedné a **Stavební spořitelna České spořitelny, a.s.**, jako pojistník na straně druhé, 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 všeobecné pojistné podmínky Kooperativy pojišťovny (dále také „VPP Kooperativy"), 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 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a navazujících národních právních předpisů 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 Kooperativy:

2.1 Pojištěný – fyzická osoba, která uzavřela s pojistníkem úvěrovou smlouvu, v níž se jako hlavní dlužník či spoludlužník zavázala pravidelně platit pojistníkovi své peněžité závazky vyplývající z jím poskytnutého úvěru, a která splnila další podmínky uvedené v článku 5 této rámcové smlouvy.

2.2 Splátka úvěru – souhrnná platba jistiny, úroků, vklad a úhrada udržení pojištění, k jejíž pravidelné měsíční úhradě se pojištěný zavázal na základě úvěrové smlouvy.

2.3 Úvěrová smlouva – smlouva o poskytnutí překlenovacího úvěru a úvěru ze stavebního spoření nebo smlouva o poskytnutí úvěru ze stavebního spoření uzavřená mezi pojistníkem a pojištěným, a to ve znění jejích pozdějších dodatků včetně pozdějších prohlášení pojištěného o uznání závazku či jiných pozdějších dohod o úpravě závazku pojištěného splácet pojistníkovi úvěr poskytnutý na základě úvěrové smlouvy.

2.4 Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu – prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro spotřebitelské úvěry na bydlení, předané na formuláři pojišťovny, obsahující informace o zdravotním stavu pojištěného a jeho souhlas s poskytnutím těchto informací.

2.5 První čerpání úvěru – okamžik, kdy poprvé dojde k vyplacení peněžních prostředků z úvěru poskytnutého účastníkovi stavebního spoření úvěrovou smlouvou v souladu s příkazem k úhradě, který vystavil tento účastník nebo jiná osoba určená plnou mocí, způsobem podle úvěrové smlouvy či zákonem.

2.6 Resolicitační program – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle rámcové smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetového bankovnictví.

2.7 Služební poměr – právní poměr státního zaměstnance vykonávajícího ve správním úřadu státní správu dle zák. č. 234/2014 Sb., o státní službě, přijatého do služebního poměru a zařazeného na služební místo nebo jmenovaného na služební místo představeného.

2.8 Soubor pojištění – soubory pojištění dle odst. 4.1 článku 4 této rámcové smlouvy.

2.9 Terminální stadium onemocnění - vážný zdravotní stav způsobený onemocněním, který vede s vysokou pravděpodobností k úmrtí pojištěného do 12 měsíců od data potvrzení prognózy; prognóza terminálního stadia musí být potvrzena příslušným odborným lékařem (tj. onkologem, kardiologem, apod.).

2.10 VPP Kooperativy – všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Kooperativa pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group, které tvoří přílohu I této rámcové smlouvy.

2.11 Vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P – vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P příslušnou pobočkou úřadu práce osobě se zdravotním postižením, a to po předchozím vydání rozhodnutí o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

2.12 Přiznání průkazu TP, ZTP, ZTP/P – vydání rozhodnutí příslušné pobočky úřadu práce o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením.

2.13 Čekací doba – lhůta v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní od data počátku pojištění v případě ztráty zaměstnání a nezaměstnanosti. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného nejsou považovány za pojistné události a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.

2.14 Starobní důchodce – osoba, která pobírá starobní nebo předčasný starobní důchod anebo již začala čerpat dávky předdůchodu.

2.15 Nezaměstnaný – každá osoba, která není v pracovním nebo obdobném vztahu, nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a která je v České republice registrována na příslušném úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání.

2.16 Ztráta zaměstnání – stav nezaměstnané osoby v důsledku ukončení pracovního poměru bez vlastního přičinění anebo z vlastní vůle pojištěného za dále stanovených podmínek (dále také jen „nezaměstnanost").

Ukončení pracovního poměru z vlastní vůle pojištěného je za ztrátu zaměstnání ve smyslu této pojistné smlouvy považováno výlučně v případě:

a) zrušení pracovního poměru zaměstnancem dle zákoníku práce, jestliže mu zaměstnavatel nevyplatil mzdu (plat) nebo náhrady mzdy (platu) či jakoukoliv jejich část do 15 dnů po uplynutí termínu splatnosti; tuto skutečnost je pojištěný povinen doložit předložením dokladu o zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu,

b) ukončení pracovního poměru dohodou nebo výpovědí ze strany zaměstnance z důvodu vydání rozhodnutí v insolvenčním řízení potvrzujícího úpadek zaměstnavatele, příp. zamítající insolvenční návrh pro nedostatek majetku anebo z důvodu zrušení zaměstnavatele a jeho vstupu do likvidace.

2.17 Zákoník práce – zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění a analogicky též každý pracovněprávní předpis platný v zemi EU stejné právní síly, jehož předmětem je úprava právních vztahů vznikajících při výkonu závislé práce mezi zaměstnanci a zaměstnavateli (dále jen „pracovněprávní vztahy").

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 rámcová smlouva nabývá účinnosti dne 25. června 2012 v 00:00 hod.

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 rámcovou smlouvu písemně vypovědět. Výpovědní doba 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 rámcová 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 sjednaného k jednotlivým úvěrovým smlouvám, potom ukončením účinnosti této rámcové smlouvy zanikají veškerá práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z této rámcové smlouvy s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění.

3.5 Ukončení či zánik jednotlivého pojištění vzniklého na základě této rámcové smlouvy nemá vliv na účinnost této rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy a tuto otázku řeší samostatně odstavce 5.5 a 7.2.

Článek 4
Rozsah pojištění

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

a) v rozsahu základního souboru pojištění Standard (dále také jen **„soubor pojištění Standard“**): pojištění schopnosti pojištěného platit splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce a pro případ pracovní neschopnosti;

b) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění Plus (dále také jen **„soubor pojištění Plus“**): pojištění schopnosti pojištěného (zaměstnance) platit splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání;

c) v rozsahu základního souboru pojištění Standard s 50% výší pojistné částky v případě smrti a invalidity (dále také jen **„soubor pojištění Standard 50 %“**): pojištění schopnosti pojištěného platit splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce a pro případ pracovní neschopnosti;

d) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění Plus s 50 % výší pojistné částky v případě smrti a invalidity (dále také jen **„soubor pojištění Plus 50 %“**): pojištění schopnosti pojištěného (zaměstnance) platit splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání;

e) v rozsahu základního souboru pojištění S (dále také jen **„soubor pojištění S“**): pojištění schopnosti splatit úvěr pro případ smrti (vč. terminálního stadia onemocnění);

f) v rozsahu omezeného souboru pojištění Mini (dále také jen **„soubor pojištění Mini“**): pojištění schopnosti pojištěného splácet splátky úvěru pro případ smrti.

Pojištění	Soubor pojištění Standard	Soubor pojištění Plus	Soubor pojištění S
pro případ smrti	zahrnuto	zahrnuto	zahrnuto (vč. terminálního stadia onemocnění)
pro případ invalidity	zahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto
pro případ pracovní neschopnosti	zahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto
pro případ ztráty zaměstnání	nezahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto

Pojištění	Soubor pojištění Standard 50%	Soubor pojištění Plus 50%	Soubor pojištění Mini
pro případ smrti	zahrnuto (pojistná částka ve výši 50 % nesplacené částky úvěru)[1]	zahrnuto (pojistná částka ve výši 50 % nesplacené částky úvěru)[1]	zahrnuto
pro případ invalidity	zahrnuto (pojistná částka ve výši 50 % nesplacené částky úvěru)[1]	zahrnuto (pojistná částka ve výši 50 % nesplacené částky úvěru)[1]	nezahrnuto
pro případ pracovní neschopnosti	zahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto
pro případ ztráty zaměstnání	nezahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto

Pojistná událost	Pojistá částka	Frekvence plnění	Typ pojištění	Oprávněná/obmyšlená osoba
Úmrtí (vč. terminálního stadia onemocnění u souboru pojištění S)	aktuální nesplacená částka úvěru[1]	jednorázové	obnosové	pojistník
Invalidita 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce	aktuální nesplacená částka úvěru[1]	jednorázové	obnosové	pojistník[2]
Pracovní neschopnost	splátka úvěru vč. úhrady za udržení pojištění	měsíční (max. 12 měsíců)	obnosové	pojistník[2]
Ztráta zaměstnání	splátka úvěru vč. úhrady za udržení pojištění	měsíční (max. 12 měsíců)	obnosové	pojistník[2]

[1] V případě souborů pojištění Standard 50 % a Plus 50 % je pojistnou částkou 50 % aktuální nesplacené částky úvěru.
[2] Oprávněnou osobou je primárně pojistník, nedohodne-li se pojištěný s pojistníkem jinak.

4.2 Pojištění se sjednává zvlášť ke každé jednotlivé úvěrové smlouvě v rozsahu odpovídajícímu platné produktové nabídce.

Článek 5
Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

5.1 a) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě souboru pojištění **Standard, Standard 50 %** dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že je mladší 60 let a splnila ke dni vzniku pojištění následující podmínky:
V rámci úvěrové smlouvy nebo dodatku k úvěrové smlouvě potvrdila, že splňuje níže uvedené podmínky, nebo toto potvrzení učinila v rámci resolicitačního programu:
– byla seznámena s touto rámcovou smlouvou v aktuálním znění a s VPP Kooperativy

v platném znění, porozuměla jim a souhlasí s nimi i se svým pojištěním;
- byla seznámena se zpracováním svých osobních údajů, které je podrobně popsáno v Informačním listu o ochraně osobních údajů, a za účelem sjednání tohoto pojištění udělila pojistiteli souhlas se zpracováním svých údajů o zdravotním stavu na samostatném formuláři, který je součástí úvěrového vztahu založeného úvěrovou smlouvou, nebo v elektronické formě prostřednictvím aplikace internetového bankovnictví;
- bere na vědomí, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, a rozumí tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojistitel od pojištění odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění. Jedná se o tyto zdravotní dotazy, na které fyzická osoba odpověděla záporně:
  - Jste ke dni vyplnění Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu v pracovní neschopnosti?
  - Máte změněnou pracovní schopnost (ZTP, ZTP/P), jste v invalidním důchodu nebo čekáte na jeho přiznání?
- souhlasí s tím, že je pojistitel oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření pojistných událostí dle § 50 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě;
- řádně a v plném rozsahu vyplnila Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu a předložila jej s případně další pojistitelem požadovanou zdravotní dokumentací (s ohledem na výši příslušného úvěru a případných dalších úvěrů poskytnutých pojistníkem, ve vztahu ke kterým tato osoba již přistoupila k pojištění schopnosti splácet úvěr poskytovanému pojistitelem) prostřednictvím pojistníka pojistiteli a pojistitel na základě provedeného zdravotního zkoumání vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním;
- bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě porušení úvěrové smlouvy má pojistník právo jednostranně pozastavit platby pojistného pojistiteli se všemi důsledky s tím spojenými;
- souhlasí s tím, že obmyšleným je pojistník;
- bere na vědomí, že se pojištění nevztahuje na onemocnění a úrazy, které vznikly nebo se projevily před počátkem pojištění nebo mají příčinnou souvislost s onemocněními nebo úrazy, které vznikly nebo se projevily před počátkem pojištění.

b) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě **souboru pojištění Plus, Plus 50 %** dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že je mladší 60 let a splnila ke dni vzniku pojištění podmínky uvedené výše pod písm. a) tohoto článku 5.1 a současně dále pokud bere na vědomí, že se pojištění nevztahuje na ztrátu zaměstnání vzniklou ukončením pracovního poměru z vlastní vůle pojištěného, ve zkušební době nebo na ukončení pracovního poměru, o kterém pojištěný věděl před datem sjednaným jako počátek pojištění.

c) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě **souboru pojištění Mini** dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že je mladší 60 let a splnila ke dni vzniku pojištění podmínky uvedené výše pod písm. a) tohoto článku 5.1. Klient pojistníka může k souboru pojištění Mini přistoupit pouze v případě, že jeho zdravotní stav neumožňuje sjednat soubor pojištění Standard, Standard 50 %, Plus a Plus 50 %.

d) K fyzickým osobám (klientům pojistníka) uvedeným pod písm. a) tohoto článku řadíme a rozumíme také starobní důchodce. Výhradně u starobního důchodce se pak pojistnou událostí u pojištění pro případ invalidity míní, odchylně od ustanovení čl. 3 bodu 2 VPP Kooperativy, vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P. Změna

u pojištění invalidity pro starobního důchodce automaticky platí i v případě, že starobním důchodcem se stane až v průběhu pojištění, změna platí pro fyzické osoby (klienty pojistníka), které vstoupily do pojištění dle písm. a), b) tohoto článku. Odchylně od ustanovení čl. 4 bodu 4 VPP Kooperativy nedochází v měsíci, ve kterém pojištěný začíná pobírat starobní důchod, k zániku pojištění pro případ invalidity, pojištění pokračuje, pojistnou událostí je v těchto případech vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P. Obdobně nedochází v těchto případech k zániku pojištění pro případ pracovní neschopnosti, a to výhradně za předpokladu, že je tato osoba i nadále ekonomicky aktivní a je zaměstnána.

e) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě **souboru pojištění S** dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že je starší 60 let a mladší 70 let a splnila ke dni vzniku pojištění následující podmínky:

   V rámci úvěrové smlouvy nebo dodatku k úvěrové smlouvě potvrdila, že splňuje níže uvedené podmínky, nebo toto potvrzení učinila v rámci resolicitačního programu:

   – bere na vědomí, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, a rozumí tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojistitel od pojištění odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění. Jedná se o tyto zdravotní dotazy, na které fyzická osoba odpověděla záporně:
     1. Pobíráte příspěvek na péči?
     2. Byl/a jste v posledních 12 měsících hospitalizován/a v nemocnici?
     3. Máte nebo měl/a jste v posledních 10 letech onkologické onemocnění (rakovinu)?
   – byla seznámena s touto rámcovou smlouvou v aktuálním znění a s VPP Kooperativy v platném znění, porozuměla jim a souhlasí s nimi i se svým pojištěním;
   – byla seznámena se zpracováním svých osobních údajů, které je podrobně popsáno v Informačním listu o ochraně osobních údajů;
   – souhlasí s tím, že je pojistitel oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření pojistných událostí dle § 50 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě;
   – bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě porušení úvěrové smlouvy má pojistník právo jednostranně pozastavit platby pojistného pojistiteli se všemi důsledky s tím spojenými;
   – souhlasí s tím, že obmyšleným je pojistník;
   – bere na vědomí, že jakékoliv záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé potvrzení může mít ze strany pojistitele za následek odstoupení od pojištění nebo odmítnutí plnit či snížení pojistného plnění.

5.2 Pojistitel může v individuálních případech rozhodnout o přistoupení k pojištění dle rámcové smlouvy také na základě dodatečně získaných informací (uvedených např. v pojistitelem požadované zdravotní dokumentaci), a to i přesto, že nejsou splněny všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 tohoto článku. Individuální rozhodnutí pojistitele je písemně oznamováno pojistníkovi a pojistitel bere na vědomí a souhlasí s tím, že v těchto případech nahrazuje jeho rozhodnutí tu část potvrzení pojištěného uvedeného v odst. 5.1 tohoto článku a obsaženého v úvěrové smlouvě či dodatku k ní, která je nebo může být s tímto potvrzením v rozporu, popř. že je pojistník oprávněn změnit odpovídajícím způsobem text potvrzení pojištěného, aby bylo v souladu s tímto rozhodnutím.

5.3 Pojistitel si vyhrazuje právo:

   a) požadovat v individuálních případech prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady o zdravotním stavu osoby, která dle odst. 5.1 tohoto článku potvrdila vstup do pojištění a souhlasila s ním dle této rámcové smlouvy, které považuje za potřebné;

b) přezkoumávat další skutečnosti související s pojištěním takové fyzické osoby či žádat ji, aby se podrobila lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které považuje za nutné k vyjádření souhlasu s jejím pojištěním;
c) na zpracování Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu v rámci telefonického rozhovoru. Telefonické zdravotní posouzení je zajištěno prostřednictvím společnosti Teladoc Health. Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení jiných dokumentů, bude v těchto případech provedeno výhradně na náklady pojistitele.

5.4 Potvrzení pojištěného v souladu s odst. 5.1 tohoto článku uvedená v úvěrové smlouvě nebo dodatku k úvěrové smlouvě nebo učiněná v rámci resolicitačního programu, případně uvedená v Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu nebo v jiné zdravotní dokumentaci požadované pojistitelem, se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato potvrzení pojištěného budou úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivá nebo neúplná, může pojistitel v případě pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat v souladu s § 23 zákona o pojistné smlouvě, a to pouze ohledně takového jednotlivého pojištění.

5.5 Vzhledem k tomu, že nezbytnou podmínkou existence pojištění dle této rámcové smlouvy je trvání úvěrové smlouvy, dohodly se smluvní strany, že v případě, že dojde z jakéhokoliv důvodu k ukončení platnosti úvěrové smlouvy s účinky k datu jejího sjednání (ex tunc), zaniká od okamžiku svého vzniku dle odst. 5.1 tohoto článku též pojištění, ke kterému pojištěný ve vztahu k dané úvěrové smlouvě přistoupil. Na takové pojištění bude smluvními stranami pohlíženo, jako by nebylo nikdy vzniklo, a smluvní strany se za účelem obnovení původního stavu zavazují, že si v tomto případě vrátí veškerá peněžitá plnění, která si již vzájemně či ve vztahu k pojištěnému poskytly v souvislosti s takovým pojištěním, a to bez zbytečného odkladu po takovém ukončení platnosti úvěrové smlouvy.

Smluvní strany prohlašují a činí nesporným, že pokud rámcová smlouva obsahuje ustanovení o přistoupení klienta pojistníka k rámcové smlouvě, rozumí se tím přistoupení k pojištění podle rámcové smlouvy takového klienta pojistníka, nikoliv jeho přistoupení k rámcové smlouvě.

Článek 6
Počátek pojištění, pojistná období, změna pojištění, konec pojištění

6.1 Není-li touto rámcovou smlouvou stanoveno jinak, je pojistným obdobím u pojištění kalendářní měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění a končí posledním dnem téhož kalendářního měsíce. Poslední pojistné období začíná prvním dnem kalendářního měsíce, ve kterém nastala skutečnost, se kterou tato rámcová smlouva či zákon spojují konec tohoto pojištění, a končí dnem, ke kterému nastává konec pojištění.

6.2 Pokud není mezi pojištěným a pojistníkem dohodnuto jinak, stanoví se počátek pojištění takto:
a) na 00:00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, v níž pojištěný vyjádřil souhlas se svým pojištěním;
b) na 00:00 hodin dne podpisu dodatku k úvěrové smlouvě, v němž pojištěný vyjádřil souhlas se svým pojištěním, případně dne nabytí účinnosti dodatku, je-li dodatek sjednán s podmínkami odkládajícími jeho účinnost, nebo na 00:00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, podle toho, co nastane později;
c) 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 internetového bankovnictví, nebo na 00:00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, podle toho, co nastane později.

6.3 Konec pojištění se stanoví na 24:00 hodin posledního dne kalendářního měsíce v němž došlo k ukončení platnosti úvěrové smlouvy, k níž je pojištění sjednáno, pokud není stanoveno v této rámcové smlouvě jinak.

6.4 Délka prvního pojistného období má vliv na výši pojistného. Pojistné za toto období je inkasováno formou poměrné úhrady za udržení pojištění. Výše této úhrady odpovídá době, po kterou bylo pojištění platné.

Pokud není mezi pojištěným a pojistníkem dohodnuto jinak, uplatní se následující postup v případě změny pojištění:

a) v případě změny v osobě pojištěného je změna účinná, obdobně jako je tomu v případě počátku pojištění dle odst. 6.2 tohoto článku;
b) v případě změny v souboru pojištění se počátek pojištění v novém souboru pojištění stanoví na 00:00 hodin následujícího dne, ve kterém byla účinně sjednána taková změna;
c) v případě kombinace případů změn uvedených výše pod písmeny a) a b) tohoto odstavce 6.4 se počátek pojištění stanoví stejně jako v případě uvedeném pod písmenem b) tohoto odstavce 6.4.

6.5 Délka posledního pojistného období nemá na výši pojistného, resp. na výši úhrady na udržení pojištění, vliv. Úhrada za udržení pojištění inkasovaná na poslední pojistné období v plné výši se poměrně době pojištění nekrátí. Při ukončení pojištění je pojištěný pojištěn do 24:00 posledního dne kalendářního měsíce, v němž je pojištění zrušeno.

6.6 Smluvní strany se dohodly, že v případě, kdy pojistník pojištěnému umožní odklad splácení splátek (jistiny) nebo dočasné snížení splátek, pojištění se nepřerušuje a trvá povinnost pojistníka platit pojistné v plné výši též za pojistná období, ve kterých byl povolen odklad splácení splátek (jistiny) nebo jejich snížení.

6.7 Nesplní-li pojištěný všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 této smlouvy, a to výhradně v případech požadavku na změnu v souboru pojištění, při které nedochází k přerušení trvání tohoto pojištění, tj. změně souboru pojištění Standard nebo Standard 50 % na soubor pojištění Plus nebo Plus 50 % a naopak (změna ze souboru pojištění Mini na ostatní soubory pojištění ani naopak není možná), bude tento požadavek na změnu souboru akceptován a toto automatické přijetí ze strany pojistitele nahradí případnou část potvrzení pojištěného uvedeného v odst. 5.1 této smlouvy, které je nebo může být s tímto potvrzením v rozporu. Pojistitel toto bere na vědomí.

Článek 7
Zánik jednotlivého pojištění

7.1 Pojištění zaniká (pojištěním se rozumí jednotlivé pojištění jednotlivého pojištěného) ve 24:00 posledního dne v měsíci, v němž končí platnost úvěrové smlouvy zaplacením všech závazků, které pojištěnému vůči pojistníkovi na základě této úvěrové smlouvy či v souvislosti s ní vznikly, a to bez ohledu na skutečnosti, zda jde o splacení těchto závazků ve lhůtě jejich splatnosti, či před ní.

7.2 Přede dnem uvedeným jako den zániku pojištění dle odst. 7.1 tohoto článku zaniká pojištění některým z následujících okamžiků:

a) dnem zániku závazku pojištěného platit splátky úvěru;
b) koncem pojistného období, v němž nastane výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 70 let věku (v případě souboru pojištění Standard, souboru pojištění Plus nebo souboru pojištění Mini), respektive v roce, v němž se pojištěný dožije 75 let věku (v případě souboru pojištění S);
c) ve 24:00 hodin posledního dne v měsíci, v němž byla mezi pojistníkem a pojištěným uzavřena písemná dohoda o ukončení pojištění a o způsobu vzájemného vyrovnání závazků; písemná dohoda se uzavírá formou dodatku k úvěrové smlouvě a tento úkon je zpoplatněn dle ceníku úhrad pojistitele; 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;

d) oznámením pojistitele pojistníkovi nebo pojistníka pojistiteli o odstoupení od pojištění 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; pojistitel se zavazuje pojistníkovi vrátit 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;

e) dnem doručení oznámení pojistitele pojistníkovi o odmítnutí plnění za podmínek dle § 24 zákona o pojistné smlouvě;

f) dnem, ve kterém se stal celý dluh pojištěného z úvěru splatným v souladu s ustanoveními úvěrové smlouvy či zákona, a to ještě před řádnou lhůtou jeho splatnosti sjednanou v úvěrové smlouvě;

g) dnem doručení písemného oznámení pojistníka pojistiteli o tom, že prodlení pojištěného s plněním peněžitých závazků z úvěrové smlouvy vůči pojistníkovi trvá déle než tři kalendářní měsíce.

7.3 Pojištění může zaniknout též dalšími způsoby uvedenými na jiném místě této rámcové smlouvy, ve VPP Kooperativy nebo způsoby stanovenými zákonem, a to vždy na základě té právní skutečnosti, která nastane dříve.

Článek 8
Úhrada za udržování pojištění, pojistné

8.1 Výše pojistného za pojištění jednotlivého pojištěného, hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období dle úvěrové smlouvy 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 pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám na účet pojistitele.

Článek 9
Podmínky pro likvidaci pojistné události

9.1 Pojištěný, u kterého nastala pojistná událost, a v případě smrti pojištěného osoby určené způsobem dle § 51 zákona o pojistné smlouvě jsou povinni poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:

a) <u>V případě smrti (nebo potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění u souboru pojištění S) pojištěného poskytnout pojistiteli</u>:
   - vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
   - kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků,
   - ověřenou kopii úmrtního listu,
   - sdělení lékaře o příčině úmrtí nebo kopii „Listu o prohlídce mrtvého“ nebo kopii pitevního protokolu,
   - v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR,
   - výše uvedené dokumenty lze ve výjimečných případech nahradit pravomocným rozhodnutím soudu, kterým je osvědčeno úmrtí pojištěného,

– v případě potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění kopie všech lékařských zpráv, na jejichž základě byla diagnóza onemocnění stanovena a kopie zpráv týkající se předchozích příznaků, které byly v příčinné souvislosti s tímto onemocněním, a kopie nálezů potvrzujících stanovení diagnózy příslušným odborným pracovištěm (např. kopie zprávy z CT, histologie, MRI apod.), kopie propouštěcích zpráv (operační protokol).

b) V případě invalidity 3. stupně, respektive u starobního důchodce při vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P u pojištěného poskytnout pojistiteli:
   – vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
   – kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků,
   – kopii dokumentu „Záznam jednání o posouzení zdravotního stavu“ nebo „Posudek o invaliditě“ od okresní správy sociálního zabezpečení s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient uznán invalidním 3. stupně,
   – v případech vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P u starobního důchodce samostatné doložení o jeho přiznání, vydání a platnosti potvrzené příslušným úřadem práce.

c) V případě pracovní neschopnosti pojištěného poskytnout pojistiteli:
   – vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
   – kopii „Potvrzení o pracovní neschopnosti“ s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou lékaře),
   – vyplněný „Lékařský dotazník – pracovní neschopnost pojištěného“,
   – 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, nebo kopii zápočtového listu, pokud není pojištěný zaměstnán v pracovním poměru,
   – kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků.

d) V případě nezaměstnanosti pojištěného poskytnout pojistiteli:
   – vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
   – kopii pracovní smlouvy, včetně všech podepsaných dodatků k pracovní smlouvě,
   – kopii „Dokladu o rozvázání pracovního poměru“ (výpověď z pracovního poměru, dohoda o ukončení pracovního poměru apod.),
   – kopii rozhodnutí, že je pojištěný veden v evidenci u příslušného úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání,
   – kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků.

9.2 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, popřípadě s osobami určenými způsobem uvedeným v § 51 zákona o pojistné smlouvě.

9.3 Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí být pojistiteli doloženo pojištěným nejméně jednou za kalendářní měsíc, a to zasláním:

a) V případě pracovní neschopnosti: kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie „Potvrzení pracovní neschopnosti“ s vyznačením pravidelných uskutečněných i navrhovaných kontrol u lékaře nebo kopie „Průkazu o trvání pracovní neschopnosti“ (tzv. „lístku na peníze“). Datum splatnosti splátky úvěru musí být pokryto uskutečněnou kontrolou u lékaře, která bude vyznačena datem na Potvrzení pracovní neschopnosti nebo na Průkazu o trvání pracovní neschopnosti. 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. Datum splatnosti splátky úvěru musí být pokryto datem

vystavení potvrzení o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce. V případě nedoložení tohoto dokladu považuje pojistitel svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.

9.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považuje za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. 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 rámcovou smlouvou v případě, že pojistitel uplatní oprávnění zjišťovat a přezkoumat skutečnosti důležité pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Článek 10
Pojistné plnění

10.1 V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této rámcové smlouvy a VPP Kooperativy a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného nebo osob uvedených v odst. 9.1 článku 9 této rámcové smlouvy doklady uvedené v odst. 9.1 článku 9 této rámcové smlouvy, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění oprávněné osobě, případně obmyšlenému, do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledky oprávněné osobě, případně obmyšlenému.

10.2 Nemůže-li být šetření skončeno do tří měsíců po tom, co byla pojistiteli pojistná událost oznámena (§ 16 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě), je pojistitel povinen sdělit písemně oprávněné osobě, případně obmyšlenému, důvody pro které nelze šetření ukončit, popř. oprávněnou osobu, případně obmyšleného informovat o přerušení této lhůty.

10.3 Lhůta tří měsíců dle odst. 10.2 tohoto článku neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojištěného nebo osob určených způsobem uvedeným v § 51 zákona o pojistné smlouvě.

10.4 Na právo na pojistné plnění nemá vliv zánik pojištění, pokud k zániku pojištění došlo po vzniku pojistné události a právo na pojistné plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v zákonné lhůtě.

10.5 Oprávněnou osobou i obmyšlenou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojistník.

10.6 <u>Horní hranice pojistného plnění (limit pojistného plnění):</u> Smluvní strany se dohodly, že na celkové pojistné plnění ze všech pojištění poskytovaných pojistitelem dle této rámcové smlouvy u jednoho pojištěného pro případ, že pojištěný uzavřel s pojistníkem jednu nebo více úvěrových smluv, ve vztahu ke kterým vyjádřil souhlas se svým pojištěním a u nichž se doba, po kterou je pojištěný povinen platit splátky úvěru dle úvěrové smlouvy, jakkoliv časově překrývá, je stanoven limit pojistného plnění ve výši 2 000 000 Kč. Pokud pojistitel poskytl pojistné plnění oprávněné osobě z jedné nebo více pojistných událostí jednoho pojištěného v celkové výši 2 000 000 Kč, veškerá pojištění tohoto pojištěného vzniklá na základě této rámcové smlouvy zanikají. Omezení dle tohoto odstavce se nevztahuje na pojistné

plnění v případě smrti (nebo prognózy terminálního stadia onemocnění ve variantě souboru pojištění S) pojištěného a invalidity pojištěného.

10.7 Omezení pojistného plnění v případě pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání pojištěného: Každé plnění z jedné pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání může činit maximálně 12 splátek úvěru, přičemž pojistné plnění na jednu splátku úvěru nepřesáhne částku 55 555 Kč.

10.8 Pojistné plnění v případě **smrti** (ve variantě souboru pojištění S také v případě potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění) **pojištěného** – doplnění ustanovení čl. 3 odst. 1 VPP Kooperativy

a) Pojistné plnění v případě smrti pojištěného nebo potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění u souboru pojištění S se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu úmrtí či ke dni potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění, včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě. V případě, že k pojistné události došlo ve fázi postupného čerpání úvěru a současně se jedná o anuitně splácený úvěr a cena pojištění byla stanovena z budoucí splátky (tzn. z budoucí splátky po ukončení fáze čerpání úvěru), bude se pojistné plnění rovnat celkové výši úvěru sjednaného v úvěrové smlouvě, a to přestože nebyl tento limit v době vzniku pojistné události ještě plně vyčerpán.

b) V případě, že ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení s příslušnými splátkami úvěru, bude od pojistného plnění určeného dle tohoto odstavce odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

c) Pokud má pojištěný sjednanou variantu souboru pojištění S a dojde-li v prvním roce trvání pojištění ke smrti či k potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění, s výjimkou případu smrti následkem úrazu, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze ve výši dosud uhrazeného pojistného. Dojde-li ke smrti pojištěného následkem úrazu v prvním roce trvání pojištění, ke smrti z jakýchkoliv příčin nebo potvrzení prognózy terminálního stadia onemocnění po uplynutí nejméně jednoho roku trvání pojištění, uplatní se ustanovení bodů a) a b) tohoto článku. Pro vyloučení všech pochybností konstatujeme, že výluky z pojištění podle čl. 11 této rámcové smlouvy zůstávají tímto ustanovením nedotčeny.

d) Pokud má pojištěný sjednanou variantu souboru pojištění Standard 50 % nebo Plus 50 %, a dojde-li v době trvání k úmrtí pojištěného, rovná se pojistné plnění 50 % celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši 50 % tohoto zůstatku k datu úmrtí včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše 50 % úvěru sjednaného v takové úvěrové smlouvě. V případě, že k pojistné události dojde ve fázi postupného čerpání úvěru a současně se bude jednat o anuitně splácený úvěr a cena pojištění byla stanovena z budoucí splátky (tzn. z budoucí splátky po ukončení fáze čerpání úvěru), bude se pojistné plnění rovnat 50 % z celkové výše úvěru sjednaného v úvěrové smlouvě, a to přestože nebyl tento limit v době vzniku pojistné události ještě plně vyčerpán.

e) Pro vyloučení všech pochybností konstatujeme, že výluky z pojištění podle čl. 11 této rámcové smlouvy zůstávají tímto ustanovením nedotčeny.

10.9 Pojistné plnění v případě pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci – doplnění ustanovení čl. 3 odst. 2 VPP Kooperativy:

a) Pojistnou událostí je uznání invalidity 3. stupně, respektive u starobního důchodce vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P pojištěnému.

b) Pojistné plnění v případě invalidity se (odchylně od ustanovení čl. 3 odst. 2 VPP Kooperativy) rovná výši celého nesplaceného

zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu uznání invalidity, respektive k datu vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P, včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě. V případě, že k pojistné události došlo ve fázi postupného čerpání úvěru a současně se jedná o anuitně splácený úvěr a cena pojištění byla stanovena z budoucí splátky (tzn. z budoucí splátky po ukončení fáze čerpání úvěru), bude se pojistné plnění rovnat celkové výši úvěru sjednaného v úvěrové smlouvě, a to přestože nebyl tento limit v době vzniku pojistné události ještě plně vyčerpán.

c) V případě, že ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení s příslušnými splátkami úvěru, bude od pojistného plnění určeného dle tohoto odstavce odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

d) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše měsíční splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.

e) Pokud má pojištěný sjednanou variantu souboru pojištění Standard 50 % nebo Plus 50 % a dojde-li v době trvání k pojistné události, rovná se pojistné plnění 50 % celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši 50 % tohoto zůstatku k datu pojistné události včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše 50 % úvěru sjednaného v takové úvěrové smlouvě. V případě, že k pojistné události dojde ve fázi postupného čerpání úvěru a současně se bude jednat o anuitně splácený úvěr a cena pojištění byla stanovena z budoucí splátky úvěru (tzn. z budoucí splátky po ukončení fáze čerpání úvěru), bude se pojistné plnění rovnat 50 % z celkové výše úvěru sjednaného v úvěrové smlouvě, a to přestože nebyl tento limit v době vzniku pojistné události ještě plně vyčerpán.

f) Odchylně od ustanovení čl. 3, Rozsah pojištění, odst. 2 písm. a) VPP Kooperativy se ujednává, že podmínkou výplaty pojistného plnění je v případě pojištění invalidity uznání pojištěného invalidním 3. stupně, respektive u starobního důchodce vydání průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P v průběhu trvání pojištění.

10.10 Pojistné plnění v případě **pracovní neschopnosti** pojištěného – doplnění ustanovení čl. 3 odst. 3 VPP Kooperativy:

a) Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 30 dní.

b) Výše pravidelného měsíčního opakovaného pojistného plnění se rovná splátkám úvěru, jejichž den splatnosti dle příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje splátkou úvěru splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 30. den v pracovní neschopnosti.

c) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události před jejím vypořádáním jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.

d) Příslušné výplaty pojistného plnění odpovídají splátkám úvěru dle příslušné úvěrové smlouvy, jejichž den splatnosti dle příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje splátkou úvěru splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 30. den v pracovní neschopnosti.

10.11 Pojistné plnění v případě **ztráty zaměstnání** – doplnění ustanovení čl. 3 odst. 4 VPP Kooperativy:

a) Pojistnou událostí je nezaměstnanost pojištěného v důsledku nedobrovolné ztráty zaměstnání v pracovním nebo služebním poměru trvající nepřetržitě alespoň 30 dní.

b) Výše pravidelného měsíčního opakovaného pojistného plnění se rovná splátkám úvěru, jejichž den splatnosti dle příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání nezaměstnanosti pojištěného, počínaje splátkou úvěru splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 30. den nezaměstnaný.
c) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události před jejím vypořádáním jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.
d) V případě, že pojistitel vyplatil pojistné plnění z jedné či více pojistných událostí způsobených ztrátou zaměstnání v celkovém rozsahu 12 splátek úvěru, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění z další pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání až po uplynutí 12 měsíců ode dne vyplacení 12. splátky úvěru pojistitelem jako pojistné plnění, a to v souladu s ustanovením VPP Kooperativy.

Článek 11
Výluky z pojištění

11.1 Pro pojištění platí výluky z pojištění uvedené ve VPP Kooperativy.
11.2 Odchylně od ustanovení čl. 12 odst. 2 písm. d) VPP Kooperativy se doplňuje: pojistitel není povinen plnit v případech, kdy jsou příčinou pojistné události bolesti zad, popř. jejich následky a komplikace; pojistné plnění bude v těchto případech poskytnuto pouze v případech, kdy bolesti zad vznikly po počátku pojištění a jejich příčinou je nově vzniklé poškození páteře (např. hernie disku), které bude prokázáno příslušným vyšetřením (magnetickou rezonancí, CT).
11.3 Odchylně od ustanovení čl. 12 odst. 2 písm. e) VPP Kooperativy se doplňuje: pojistitel není povinen plnit v případech, kdy jsou příčinou pojistné události psychiatrická onemocnění, která se řadí k duševním a jsou vyloučena i v případech eventuální hospitalizace: poruchy obvykle poprvé diagnostikované u batolete, v dětství nebo adolescenci, delirium, demence, amnestické a jiné kognitivní poruchy, mentální poruchy způsobené zdravotním stavem pacienta; zneužívání omamných látek, dále psychózy, poruchy nálad; úzkostné poruchy a poruchy somatoformní; faktitivní (předstírané) poruchy, disociativní, sexuální nebo poruchy pohlavní identity, poruchy příjmu potravy, spánku, poruchy osobnosti či poruchy impulzivní neklasifikované jinde, adaptační poruchy.

Článek 12
Povinnosti pojistníka

12.1 Pojistník je povinen:
a) Platit pojistiteli pojistné dle článku 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, v této rámcové smlouvě neuvedené informace, přehledy či výkazy, které souvisí s pojištěním, jsou pojistníkovi běžně k dispozici a v důsledku jejichž poskytnutí nebude porušeno obchodní ani bankovní tajemství pojistníka ani pojistníkova povinnost mlčenlivosti uložená právními předpisy.
d) Informovat pojistitele o uzavřených úvěrových smlouvách, ve vztahu ke kterým vyjádřil pojištěný souhlas s pojištěním a s touto rámcovou smlouvou, včetně veškerých případných dodatků, zejména o výši splátek úvěru vyplývajících z těchto úvěrových smluv a o údajích týkajících se pojištěného.
e) Prokazatelně seznámit pojištěného s obsahem této rámcové smlouvy a s VPP Kooperativy a předat mu kopii VPP Kooperativy.

Článek 13
Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

13.1 Pojistitel je povinen:
a) poskytovat školení o pojištění dle této rámcové smlouvy pojistníkovi a jeho zaměstnancům i 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 čísla úvěrového účtu vedeného k úvěrové smlouvě, jména a příjmení pojištěného a jeho data narození;
c) zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně stanovení odpovědných osob.

13.2 Veškerá ujednání této rámcové smlouvy vztahující se k předmětu plnění, ceně za plnění, podmínkám plnění, jakož i k jiným smluvním ujednáním, mohou být sdělena a zpřístupněna jakémukoliv 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 Kooperativy 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, úhradu smluvní pokuty ve výši 500 000 Kč 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 stanovit i změnit pouze jednostranným oznámením doručeným druhé smluvní straně a provedeným v dostatečném předstihu tou smluvní stranou, které se týkají, a to způsobem dle článku 13 VPP Kooperativy.

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 sdělovat druhé smluvní straně veškeré záležitosti týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, jakož i jejího plnění či porušení, doručením písemností na adresu druhé smluvní strany uvedenou v záhlaví této rámcové smlouvy či zasíláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a se zaručeným elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance založeným na komerčním certifikátu.

14.4 Každá smluvní strana je povinna informovat způsobem dle odst. 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 rámcovou smlouvou nabývají účinnosti dnem svého doručení svým adresátům, není-li v těchto podáních či této rámcové smlouvě výslovně uveden pozdější okamžik počátku jejich účinnosti. Pokud nejsou podání doručena z důvodu odmítnutí jejich převzetí, považují se za doručená 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 Tato rámcová smlouva se použije i na jednotlivá pojištění, která byla od 1. 12. 2005 sjednána pro pojištěného nejprve na základě Rámcové pojistné smlouvy č. SSČS 1/2005 ze dne 16. 5. 2005 a poté na základě Rámcové pojistné smlouvy č. SSČS 1/2007 ze dne 27. 12. 2007, které byly uzavřeny mezi pojistníkem na straně jedné a pojistitelem a POJIŠŤOVNOU CARDIF PRO VITA, a. s., IČ 25080954, se sídlem Na Rybníčku 1329/5, Praha 2 – Nové Město, PSČ 120 00, na straně druhé. Tato rámcová smlouva se použije i na jednotlivá pojištění, která byla od 17. 12. 2009 sjednána pro pojištěného na základě Rámcové pojistné smlouvy č. SSČS 1/2009 ze dne 17. 12. 2009, která byla uzavřena mezi pojistníkem na straně jedné a pojistitelem na straně druhé. Pokud byl návrh úvěrové smlouvy obsahující potvrzení pojištěného o jeho přistoupení k pojištění dle Rámcové pojistné smlouvy č. SSČS 1/2005 ze dne 16. 5. 2005 vyhotoven pojistníkem do 31. 12. 2007 a pokud byl současně pojištěný v době, kdy podepsal takový návrh úvěrové smlouvy, OSVČ a z tohoto důvodu nesplňoval podmínky pro vstup do pojištění pro případ ztráty zaměstnání, zavazuje se pojistitel, že z tohoto důvodu pojištění neukončí ani neodmítne vyplatit pojistné plnění a současně že pojištěnému poskytne pojistné plnění ve výši dvojnásobku pojistného plnění dle odst. 10.7 této rámcové smlouvy, nastane-li pojistná událost v podobě pracovní neschopnosti pojištěného.

14.7 Rámcová smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jeden stejnopis.

14.8 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 tísni ani za jinak jednostranně nevýhodných podmínek. Autentičnost rámcové smlouvy potvrzují svým podpisem.

14.9 V případě rozporu mezi textem této rámcové smlouvy a VPP Kooperativy má přednost text této rámcové smlouvy.

14.10 Vpřípadě, že některé ustanovení této rámcové smlouvy bude neplatné či nevymahatelné, neovlivní to platnost či vymahatelnost ostatních ustanovení rámcové smlouvy.

14.11 Tato rámcová smlouva dnem nabytí své účinnosti ruší a zcela nahrazuje Rámcovou smlouvu č. SSČS 1/2009, kterou dne 17. 12. 2009 uzavřel pojistník na straně jedné a pojistitel na straně druhé.

Stavební spořitelna České spořitelny, a.s.
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group

Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění – SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění"), které sjednává Kooperativa pojišťovna, 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.

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO SKUPINOVÉ POJIŠTĚNÍ – SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

Pro účely sjednávaného 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 Kooperativa pojišťovna, 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 vyplatit obmyšlené osobě. Smrtí

pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) pojištění zaniká smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

a) V případě smrti pojištěného z 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 jeho pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se smrt pojištěného, u kterého nastala pojistná událost v druhém v pořadí. V případě smrti prvního a druhého pojištěného se stejným datem a okamžikem pojistné události, bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši pojistné částky dle smlouvy.

2. Pojištění pro případ invalidity

Pojistnou událostí je přiznání invalidity 3. stupně pojištěnému z důvodu úrazu nebo nemoci, k nimž dojde během pojistné doby.
Předpoklady pro přiznání invalidity:
Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně).
Pracovní 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 následné (opětovné) 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 od smluvního lékaře.

c) Pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci je sjednáno maximálně do 65 let věku pojištěného.
d) Pojistitel neplní v případě, že onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.
e) V případě invalidity prvního i druhého pojištěného (v případě, že smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) se nejprve posuzuje invalidita toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se invalidita pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě invalidity prvního a druhého pojištěného se stejným datem pojistné události bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené smlouvou.

3. Pojištění pro případ pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci

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

Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

a) Nárok na pojistné plnění z důvodu pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
b) Plněním v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištění nezaniká s výjimkou případu dovršení horní hranice pojistného plnění, uvedeného ve smlouvě.
c) Pro účely těchto pojistných podmínek se má za to, že pracovní neschopnost u pojištěného nastala ode dne uvedeného v Potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojistiteli předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveného lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v jehož lékařské péči pojištěný byl nebo je v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni 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) nemocí; neplní za následky nemocí 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 dní ode dne sjednaného jako vznik pojištění dle ustanovení platné smlouvy. Tato lhůta bude uplatněna pouze v případě dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného. V této lhůtě pracovní neschopnost není považována za pojistnou událost a oprávněné osobě nevzniká nárok na pojistné plnění.
f) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel

poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.

g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost 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 poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. Pojištění pro případ ztráty zaměstnání

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

Čekací doba je v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného jako počátek pojištění pojistnou smlouvou. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného nejsou 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 jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí.
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 poskytnuto pojistné plnění 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 ve smlouvě označenou 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 tázán 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 od 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, bankovnictví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.
2. Pojistitel prohlašuje, že bude dodržovat veškeré povinnosti mu uložené výše uvedeným zákonem o ochraně osobních údajů.
3. Pojistník i pojistitel se zavazují vzájemně si předávat média a data – osobní údaje pojištěného – v šifrované nebo jinak zabezpečené podobě tak, aby nedošlo k neoprávněnému přístupu k těmto médiím nebo datům nebo k jakémukoliv zneužití neoprávněnou osobou. Dále se zavazují pojistník i pojistitel zajistit nejvyšší možné standardy technického a organizačního zabezpečení a přenosu dat, jaké lze s ohledem na předmět této smlouvy a postavení smluvních stran důvodně požadovat.

ČLÁNEK 7 – Změny pojištění

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

nutým 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 zaplaceno.
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 o vzniku a rozsahu následků této události, předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem.
c) Řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření.
d) Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
e) 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 nezpochybnitelně prokázat datum vzniku pojistné události.

b) Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně nebo ve smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu 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 informovat neprodleně pojistníka 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 prvé 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, nebo
   b) došlo-li 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 nepravdivé 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 vůle 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 způsobena pojištěným 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 způsobené 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 po dobu, 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 sjednání pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednaným jako počátek pojištění,
   b) ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinnosti vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojištěným jako zaměstnan-

cem 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 byl zapsán do Obchodního rejstříku 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 oprávněn využít alternativní komunikační prostředky 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. 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 oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistitelem, pojištěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, a to v souvislosti se správou pojištění. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva.
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 pojistného 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

Informační list o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy

(dále jen **„Informační list pro rámcové smlouvy“**)

platný od 1. 7. 2020

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, IČO: 47116617, , se sídlem Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, pod sp. zn. B 1897 (dále jen **„my“**), považuje ochranu osobních údajů za nedílnou součást svých závazků vůči klientům. Ochraně osobních údajů proto věnujeme náležitou pozornost a při zajištění ochrany osobních údajů jednáme v souladu s právními předpisy.

V tomto dokumentu naleznete informace o tom, jaké osobní údaje ve vztahu k fyzickým osobám zpracováváme v případě rámcových pojistných smluv uzavřených mezi námi a Českou spořitelnou a.s. (IČO: 45244782) / Stavební spořitelnou České spořitelny, a.s. (IČO: 60197609), ke kterým můžete přistoupit jako **pojištěný**, a v souvislosti s nimi. Naleznete zde informace, zda osobní údaje zpracováváme na základě Vašeho souhlasu nebo na základě jiného právního základu (důvodu), k jakým účelům údaje zpracováváme, komu je můžeme předávat a jaká máte v souvislosti se zpracováním Vašich osobních údajů práva. Považujte tedy prosím tento dokument za důležitý zdroj informací o tom, jak zpracováváme Vaše osobní údaje.

Tento Informační list pro rámcové smlouvy upravuje zpracování osobních údajů **pojištěného a třetích osob**. Tento Informační list pro rámcové smlouvy se nevztahuje na zpracování osobních údajů v případě individuálních smluv, kdy se uplatní samostatný Informační list o ochraně osobních údajů.

A. JAKÉ OSOBNÍ ÚDAJE ZPRACOVÁVÁME?

Zpracováváme následující osobní údaje:

a) **Identifikační údaje**, kterými se rozumí zejména jméno, příjmení, titul, rodné číslo, bylo-li přiděleno, jinak datum narození, místo a stát narození, adresa trvalého bydliště, státní občanství, číslo a platnost průkazu totožnosti, pohlaví
b) **Kontaktní údaje**, kterými se rozumí osobní údaje, které nám umožňují kontakt s Vámi, zejména kontaktní adresa, telefonní číslo, e-mailová adresa apod.
c) **Údaje o zdravotním stavu a genetické údaje**, kterými se rozumí údaje o Vašem tělesném a duševním zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu, a genetické údaje z poskytnuté zdravotnické dokumentace, zahrnující zejména Vaše predispozice k různým chorobám a onemocněním
d) **Údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění**, kterými se rozumí informace o Vašich potřebách a požadavcích
e) **Údaje o využívání služeb**, kterými se rozumí zejména údaje o sjednání a využívání našich služeb, záznamy e-mailové komunikace a záznamy telefonních hovorů apod.

B. PROČ OSOBNÍ ÚDAJE ZPRACOVÁVÁME A CO NÁS K TOMU OPRAVŇUJE?

V rámci pojišťovací činnosti zpracováváme osobní údaje pro různé účely a v různém rozsahu, buď:

a) na základě Vašeho souhlasu, nebo
b) bez Vašeho souhlasu na základě našeho oprávněného zájmu, z důvodu plnění právní povinnosti nebo na základě nezbytnosti pro určení, obhajobu a výkon právních nároků.

Zda Váš souhlas vyžadujeme, je závislé na tom, o jaké konkrétní zpracování jde a v jaké pozici ve vztahu k nám vystupujete. Můžete být v postavení **pojištěného**, tedy osoby, na jejíž pojistné nebezpečí je pojistná smlouva uzavřena, nebo **třetí osoby**, jakou je například osoba

obmyšlená, které bude v případě likvidace pojistné události vyplaceno pojistné plnění.

B.1 ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování citlivých osobních údajů pojištěného

Pokud jste **pojištěný**, tak abychom pro Vás mohli sjednat pojištění a následně poskytnout pojistné plnění, případně pojištění změnit, potřebujeme v nezbytném rozsahu znát údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje. Tyto údaje zpracováváme pro různé účely, a to buď na základě **Vašeho výslovného souhlasu**, nebo na základě **nezbytnosti pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků**.

Zpracování citlivých osobních údajů na základě Vašeho souhlasu

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracováváme na základě Vašeho **výslovného souhlasu**, který nám udělujete pro účely:
- nabídky a přijetí do pojištění (jinak řečeno pro to, abychom pro Vás mohli připravit pojištění dle Vašich požadavků a potřeb),
- posouzení přijatelnosti do pojištění (jinak řečeno pro to, abychom zhodnotili Váš zdravotní stav ve vazbě na riziko pojistné události, a to jak při uzavření, tak při změně pojištění),
- zajištění a soupojištění (jinak řečeno pro to, abychom mohli údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje předat zajistiteli, tedy společnosti, se kterou jsme si rozdělili pojistné riziko a která v případě pojistné události ponese část výdajů na pojistné plnění), nebo jiné pojišťovně, abychom si rovněž s ní rozdělili pojistné riziko.

Na základě Vašeho souhlasu zpracováváme tyto údaje po dobu trvání procesu přijetí do pojištění a po dobu trvání pojištění.

Tento souhlas je dobrovolný, avšak je podmínkou pro přijetí do pojištění. Tento souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání.

Udělený souhlas můžete kdykoliv **odvolat** písemně na adrese Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice, nebo zasláním kopie dokumentu s Vaším podpisem na e-mail info@koop.cz. K odvolání souhlasu můžete využít formulář „Odvolání souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu a genetických údajů", který je dostupný na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa".

Informace o odvolání souhlasu můžete také získat prostřednictvím klientské linky na čísle +420 957 105 105 nebo na e-mailu info@koop.cz.

Zpracování citlivých osobních údajů bez Vašeho souhlasu

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracováváme v nezbytném rozsahu bez Vašeho souhlasu na základě **nezbytnosti pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků**, a to pro účely:
- likvidace pojistné události (jinak řečeno pro to, abychom mohli poskytnout pojistné plnění v případě pojistné události),
- správy a ukončení pojištění (jinak řečeno pro to, abychom i po přijetí do pojištění mohli údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje použít pro vyřizování Vašich žádostí), s výjimkou změny pojištění zahrnující posouzení přijatelnosti do pojištění, kterou provádíme na základě Vašeho souhlasu,
- prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání (jinak řečeno pro to, abychom zamezili škodám, které nám mohou vzniknout v důsledku páchání pojistných podvodů),
- ochrany našich právních nároků (jinak řečeno pro to, abychom mohli hájit naše právní nároky v soudním, mimosoudním nebo vykonávacím řízení).

Pro tyto účely uchováváme údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje po dobu, po kterou je to

nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích z pojištění (tedy po dobu trvání pojištění) a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

B.2 ZPRACOVÁNÍ OSTATNÍCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ (TJ. VYJMA CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ)

Zpracování osobních údajů pojištěného

Zpracování bez Vašeho souhlasu – na základě našich oprávněných zájmů
Na základě **našich oprávněných zájmů** zpracováváme **Vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- nabídky a přijetí do pojištění (jinak řečeno pro to, abychom pro Vás mohli připravit pojištění dle Vašich požadavků a potřeb), kde je naším oprávněným zájmem řádné nastavení a plnění smluvních vztahů,
- posouzení přijatelnosti do pojištění (jinak řečeno pro to, abychom zhodnotili všechny okolnosti ve vazbě na riziko pojistné události), kde je naším oprávněným zájmem vyhodnocování a řízení rizik ve vztahu k pojištěnému,
- zajištění řádného nastavení a plnění smluvních a souvisejících vztahů s pojištěným, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti (např. pro vedení našich interních evidencí, provádění průzkumů spokojenosti),
- správy a ukončení pojištění (jinak řečeno pro to, abychom mohli vyřizovat Vaše požadavky související s pojištěním), kde je naším oprávněným zájmem řádné nastavení a plnění smluvních vztahů,
- statistiky a cenotvorby (jinak řečeno pro to, abychom mohli na základě Vašich údajů přesněji odhadovat pojistné riziko), kde je naším oprávněným zájmem vyhodnocování a řízení rizik,
- zajištění a soupojištění (jinak řečeno pro to, abychom mohli Vaše údaje předat zajistiteli, tedy společnosti, se kterou jsme si rozdělili Vaše pojistné riziko a která v případě pojistné události ponese část výdajů na pojistné plnění, nebo jiné pojišťovně, abychom si rovněž s ní rozdělili pojistné riziko), kde je naším oprávněným zájmem rozložení rizik a ochrana solventnosti,
- likvidace pojistné události (jinak řečeno pro to, abychom mohli poskytnout pojistné plnění v případě pojistné události), kde je naším oprávněným zájmem řádné nastavení a plnění smluvních vztahů,
- ochrany našich právních nároků (jinak řečeno pro to, abychom mohli hájit naše právní nároky v soudním, mimosoudním nebo vykonávacím řízení), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku škod na naší straně,
- prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání (jinak řečeno pro to, abychom zamezili škodám, které nám mohou vzniknout v důsledku páchání pojistných podvodů), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku pojistného podvodu a zabránění vzniku škod.

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích z pojištění a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme Vaše osobní údaje v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

Proti tomuto zpracování máte **právo uplatnit námitku** podrobněji popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování". Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, jsme povinni Vaše osobní údaje pro daný účel dále nezpracovávat, ledaže v rámci šetření Vaší námitky zjistíme, že máme k tomuto zpracování závažné oprávněné důvody.

Zpracování bez Vašeho souhlasu – na základě plnění právních povinností
I my jako pojišťovna musíme plnit určité zákonem stanovené povinnosti. Pokud Vaše osobní údaje zpracováváme právě z tohoto důvodu, nemusíme získat pro takové zpracování Váš souhlas.

Na tomto právním základě zpracováváme Vaše **identifikační a kontaktní údaje a údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění**, a to z důvodu dodržování zejména následujících zákonů:
- zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tento zákon stanoví podmínky výkonu pojišťovací činnosti a ukládá povinnost pojišťovnám vzájemně se informovat o skutečnostech týkajících se pojištění a osobách na pojištění se podílejících, a to za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a jiného protiprávního jednání),
- zákona upravujícího distribuci pojištění (tento zákon nám ukládá zejména kontrolovat dodržování povinností pojišťovacích zprostředkovatelů, a za tímto účelem Vás můžeme kontaktovat pro zjištění Vaší zpětné vazby týkající se průběhu sjednávání pojištění),
- zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti (tento zákon ukládá povinnost provádět identifikaci a kontrolu klientů),
- zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí (tento zákon ukládá povinnost prověřovat, že klient není subjektem mezinárodních sankcí),
- zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní (tento zákon ukládá povinnost vyměňovat si s jinými finančními institucemi informace o osobách, na které se v jiném státě vztahují daňové povinnosti).

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou nám jejich zpracování ukládají právní předpisy, tj. maximálně po dobu 10 let ode dne ukončení pojištění. Protože nám toto zpracování ukládá zákon, nemůžete proti tomuto zpracování vznést námitku ani odvolat souhlas, neboť jsme povinni tyto údaje zpracovávat.

Zpracování osobních údajů třetích osob

Zpracování osobních údajů třetích osob na základě našich dalších oprávněných zájmů
Na základě oprávněného zájmu dále zpracováváme bez jejich souhlasu **identifikační a kontaktní údaje**:
- **obmyšlených osob** pro účely likvidace pojistných událostí, ochrany našich právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání a zajištění řádného nastavení a plnění smluvních a souvisejících vztahů s pojištěným, případně obmyšlenou osobou (jinak řečeno pro to, abychom v případě pojistné události vyplatili pojistné plnění správné osobě), kde je naším oprávněným zájmem předcházení vzniku škod na naší straně,
- **osob oprávněných zastupovat pojištěného** pro účely nabídky a přijetí do pojištění, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistných událostí, ochrany našich právních nároků, prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti a předcházení vzniku škod na naší straně,
- **lékařů a pověřených poskytovatelů zdravotních služeb**, kteří vedou či zajišťují zdravotnickou dokumentaci pojištěného, pro účely nabídky a přijetí do pojištění, posouzení přijatelnosti do pojištění a likvidace pojistných událostí, kde je naším oprávněným zájmem zajištění řádného chodu naší pojišťovací činnosti.

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou je to nezbytné k realizaci práv a povinností plynoucích z pojištění a po dobu trvání promlčecí doby (v délce maximálně 15 let od skončení pojištění) nároků vyplývajících nebo souvisejících s pojištěním prodlouženou o další jeden rok s ohledem na ochranu našich právních nároků. V případě zahájení soudního, správního nebo jiného řízení zpracováváme osobní údaje třetích osob v nezbytném rozsahu po celou dobu trvání takových řízení.

Jste-li některou z výše uvedených osob, máte **právo uplatnit námitku** proti tomuto zpracování podrobněji

popsanou v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování". Pokud využijete svého práva vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, jsme povinni Vaše osobní údaje pro daný účel dále nezpracovávat, ledaže v rámci šetření Vaší námitky zjistíme, že máme k tomuto zpracování závažné oprávněné důvody.

Zpracování osobních údajů třetích osob na základě plnění právních povinností
Osobní údaje třetích osob zpracováváme také proto, abychom splnili **zákonné povinnosti**, které nám ukládají zejména následující zákony:
– zákon č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví (tento zákon stanoví podmínky výkonu pojišťovací činnosti a ukládá povinnost pojišťovnám vzájemně se informovat o skutečnostech týkajících se pojištění a osobách na pojištění se podílejících, a to za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a jiného protiprávního jednání),
– zákon upravující distribuci pojištění (tento zákon nám ukládá zejména kontrolovat dodržování povinností pojišťovacích zprostředkovatelů, a za tímto účelem Vás můžeme kontaktovat pro zjištění Vaší zpětné vazby týkající se průběhu sjednávání pojištění),
– zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti (tento zákon ukládá povinnost provádět identifikaci a kontrolu nejen klientů, ale i jejich zástupců a obmyšlených osob),
– zákon č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí (tento zákon ukládá povinnost prověřovat, že klient není subjektem mezinárodních sankcí).

Pro tyto účely osobní údaje uchováváme po dobu, po kterou nám jejich zpracování ukládají právní předpisy, tj. maximálně po dobu 10 let ode dne ukončení pojištění. Protože nám toto zpracování ukládá zákon, nemůžete proti tomuto zpracování vznést námitku ani odvolat souhlas, neboť jsme povinni tyto údaje zpracovávat.

C. KDO VAŠE OSOBNÍ ÚDAJE ZPRACOVÁVÁ A KOMU JE PŘEDÁVÁME?

Všechny zmíněné osobní údaje zpracováváme my jako **správce**. To znamená, že my stanovujeme shora vymezené účely, pro které Vaše osobní údaje shromažďujeme, určujeme prostředky zpracování a odpovídáme za jeho řádné provedení.

Pro zpracování osobních údajů rovněž využíváme služeb dalších zpracovatelů, kteří osobní údaje zpracovávají na náš pokyn. Takovými **zpracovateli** jsou zejména:
a) Česká spořitelna a.s. (IČO: 45244782) / Stavební spořitelna České spořitelny, a.s. (IČO: 60197609) v případě, kdy pro nás zpracovává osobní údaje pro účely zpracování nabídky pojištění a přijetí do pojištění, posouzení přijatelnosti do pojištění a správy a ukončení pojištění,
b) externí tiskárny v případě, kdy zpracovávají osobní údaje pro účely tisku a rozesílání korespondence týkající se pojištění, tedy pro účely naší vnitřní administrativní potřeby,
c) externí likvidátoři, jako je BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s. (IČO: 25080954), v případě, kdy zpracovávají osobní údaje pro účely likvidace pojistných událostí,
d) společnosti zapojené do procesu posuzování pojistného rizika, jako je Swiss Re Europe S.A. (Německo), v případě, kdy zpracovávají osobní údaje formou tele-underwritingu pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění,
e) smluvní lékaři v případě, kdy zpracovávají osobní údaje o zdravotním stavu pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění nebo likvidace pojistných událostí,
f) poskytovatelé informačních systémů a technické infrastruktury v případě, kdy spravují interní systémy pro správu osobních údajů pro účely vnitřní administrativní potřeby,
g) další pojišťovny, které pro nás v rámci outsourcingu provádějí zpracování na základě příslušné smlouvy o sdílení nákladů.

Vaše osobní údaje můžeme předávat také dalším subjektům, které se nachází v roli **správce**. Jedná se zejména o společnosti BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s. (IČO: 25080954), a Swiss RE Europa S.A. (Německo), které jako zajistitelé zpracovávají osobní údaje, s Vaším souhlasem včetně údajů o zdravotním stavu a genetických údajů, a to za účelem zajištění a soupojištění.

Vzhledem k tomu, že zpracovatele a zajistitele, které zapojujeme do zpracování, můžeme změnit, jejich aktuální seznam naleznete na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa".

Současně můžeme předávat osobní údaje také České asociaci pojišťoven (IČO: 49624024) a ostatním pojišťovnám, a to v rámci plnění povinností při prevenci a odhalování pojistného podvodu dle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, a dále v nezbytném rozsahu společnostem provádějícím audit naší činnosti. Dále jsme povinni zpracovávané osobní údaje předávat orgánům státní správy, soudům, orgánům činným v trestním řízení, orgánům dohledu v případě, že nás o to požádají.

D. Z JAKÝCH ZDROJŮ OSOBNÍ ÚDAJE ZÍSKÁVÁME?

Ve většině případů zpracováváme osobní údaje, které nám byly poskytnuty přímo Vámi v rámci jednání o přijetí do pojištění nebo v rámci jakéhokoliv jiného kontaktu s Vámi (změna pojištění, uplatnění práva na opravu apod.), a to případně i v souvislosti s jiným pojištěním.

Nejvíce osobních údajů získáváme tak, že nám je vyplníte na příslušných formulářích a ve smluvní dokumentaci a v rámci telefonických hovorů, a to jak při nabídce a přijetí do pojištění, tak při následné správě pojištění a řešení pojistných událostí.

Údaje o Vašem zdravotním stavu získáváme především prostřednictvím zdravotního dotazníku, hlášení pojistné události a zdravotní dokumentace (lékařské zprávy). Vedle toho v omezeném rozsahu získáváme a dále zpracováváme osobní údaje z veřejně dostupných zdrojů, kterými jsou jak veřejné evidence (zejména veřejný rejstřík, insolvenční rejstřík), tak Vámi zveřejněné údaje na internetu, a to vždy v souladu se zákonnými požadavky.

Dalším zdrojem osobních údajů mohou být jiné subjekty, pokud tak stanoví zvláštní předpis (např. § 129b zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví) nebo pokud jinému subjektu dáte souhlas s předáváním Vašich osobních údajů.

E. JAKÁ MÁTE PRÁVA PŘI ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ?

Stejně jako my máme svá práva a povinnosti při zpracování Vašich osobních údajů, máte také Vy při zpracování Vašich osobních údajů určitá práva. Mezi tato práva patří:

Právo na přístup
Zjednodušeně řečeno máte právo vědět, jaké údaje o Vás zpracováváme, za jakým účelem, po jakou dobu, kde Vaše osobní údaje získáváme, komu je předáváme, kdo je kromě nás zpracovává a jaká máte další práva související se zpracováním Vašich osobních údajů. To vše jste se dozvěděl v tomto Informačním listu pro rámcové smlouvy. Pokud si však nejste jistý, které osobní údaje o Vás zpracováváme, můžete nás požádat o potvrzení, zda osobní údaje, které se Vás týkají, jsou či nejsou z naší strany zpracovávány, a pokud tomu tak je, máte právo získat přístup k těmto osobním údajům. V rámci práva na přístup nás můžete požádat o kopii zpracovávaných osobních údajů, přičemž první kopii Vám poskytneme bezplatně a další kopie s poplatkem.

Právo na opravu
Chybovat je lidské. Pokud zjistíte, že osobní údaje, které o Vás zpracováváme, jsou nepřesné nebo neúplné, máte právo na to, abychom je bez zbytečného odkladu opravili, popřípadě doplnili.

Právo na výmaz
V některých případech máte právo, abychom Vaše osobní údaje vymazali. Vaše osobní údaje bez zbytečného odkladu vymažeme, pokud je splněn některý z následujících důvodů:
– Vaše osobní údaje již nepotřebujeme pro účely, pro které jsme je zpracovávali,
– odvoláte souhlas se zpracováním osobních údajů, přičemž se jedná o údaje, k jejichž zpracování je Váš souhlas nezbytný, a zároveň nemáme jiný důvod, proč tyto údaje potřebujeme nadále zpracovávat (například pro obhajobu našich právních nároků),
– využijete svého práva vznést námitku proti zpracování (viz níže kapitola „Právo vznést námitku proti zpracování") u osobních údajů, které zpracováváme na základě našich oprávněných zájmů, a my shledáme, že již žádné takové oprávněné zájmy, které by toto zpracování opravňovaly, nemáme, nebo
– ukáže se, že námi prováděné zpracování osobních údajů přestalo být v souladu s obecně závaznými předpisy.

Ale mějte prosím na paměti, že i když půjde o jeden z těchto důvodů, neznamená to, že ihned smažeme všechny Vaše osobní údaje. Toto právo se totiž neuplatní v případě, že zpracování Vašich osobních údajů je i nadále nezbytné pro:
– splnění naší právní povinnosti (viz výše kapitolu „Zpracování bez Vašeho souhlasu"),
– účely archivace, vědeckého či historického výzkumu či pro statistické účely, nebo
– určení, výkon nebo obhajobu našich právních nároků (viz výše kapitolu „Zpracování bez Vašeho souhlasu").

Právo na omezení zpracování
V některých případech můžete kromě práva na výmaz využít práva na omezení zpracování osobních údajů. Toto právo Vám umožňuje v určitých případech požadovat, aby došlo k označení Vašich osobních údajů a tyto údaje nebyly předmětem žádných dalších operací zpracování – v tomto případě však nikoliv navždy (jako v případě práva na výmaz), ale po omezenou dobu. Zpracování osobních údajů musíme omezit, když:
– popíráte přesnost osobních údajů, než se dohodneme, jaké údaje jsou správné,
– Vaše osobní údaje zpracováváme bez dostatečného právního základu (např. nad rámec toho, co zpracovávat musíme), ale Vy budete před výmazem takových údajů upřednostňovat pouze jejich omezení (např. pokud očekáváte, že byste nám v budoucnu takové údaje stejně poskytl),
– Vaše osobní údaje již nepotřebujeme pro shora uvedené účely zpracování, ale Vy je požadujete pro určení, výkon nebo obhajobu svých právních nároků, nebo
– vznesete námitku proti zpracování. Právo na námitku je podrobněji popsáno níže v kapitole „Právo vznést námitku proti zpracování". Po dobu, po kterou šetříme, je-li Vaše námitka oprávněná, jsme povinni zpracování Vašich osobních údajů omezit.

Právo na přenositelnost
Máte právo získat od nás všechny Vaše osobní údaje, které jste nám Vy sám poskytl a které zpracováváme na základě Vašeho souhlasu (viz výše kapitolu „Zpracování na základě souhlasu") a na základě plnění smlouvy. Vaše osobní údaje Vám poskytneme ve strukturovaném, běžně používaném a strojově čitelném formátu. Abychom mohli na Vaši žádost údaje snadno převést, může se jednat pouze o údaje, které zpracováváme automatizovaně v našich elektronických databázích. Touto formou Vám tedy nemůžeme přenést vždy a za všech okolností všechny údaje, které jste vyplnil v našich formulářích (například Váš vlastnoruční podpis).

Právo vznést námitku proti zpracování
Máte právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů, k němuž dochází na základě našeho oprávněného zájmu (viz výše kapitoly „Zpracování bez Vašeho souhlasu – na základě našich oprávněných zájmů"). Vaše osobní údaje přestaneme zpracovávat, pokud nebudeme mít závažné oprávněné důvody pro to, abychom v takovém zpracování pokračovali.

Právo podat stížnost
Uplatněním práv výše uvedeným způsobem není nijak dotčeno Vaše právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, a to způsobem uvedeným níže v kapitole „Jak lze uplatnit jednotlivá práva?". Toto právo můžete uplatnit zejména v případě, kdy se domníváte, že Vaše osobní údaje zpracováváme neoprávněně nebo v rozporu s obecně závaznými právními předpisy.

F. JAK LZE UPLATNIT JEDNOTLIVÁ PRÁVA?

Ve všech záležitostech souvisejících se zpracováním Vašich osobních údajů, ať již jde o dotaz, uplatnění práva, podání stížnosti či cokoliv jiného, se můžete obracet na našeho **pověřence pro ochranu osobních údajů**. Aktuální kontaktní informace jsou dostupné na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa".

Pověřence lze kontaktovat kterýmkoliv z následujících prostředků:
– e-mailem na: dpo@koop.cz,
– písemně na adrese: Brněnská 634, 664 42 Modřice,
– informace o možnostech kontaktovat pověřence můžete také získat prostřednictvím klientské linky na čísle +420 957 105 105.

Vaši žádost vyřídíme bez zbytečného odkladu, maximálně však do jednoho měsíce. Ve výjimečných případech, zejména z důvodu složitosti Vašeho požadavku, jsme oprávněni tuto lhůtu prodloužit o další dva měsíce. O takovém případném prodloužení a jeho zdůvodnění Vás samozřejmě budeme informovat.

Formuláře k uplatnění práv
Abychom Vám ještě více usnadnili uplatnění Vašich práv, můžete využít formuláře, které jsou dostupné na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa". Vaše práva můžete též uplatnit na pobočkách České spořitelny.

Podání stížnosti u Úřadu pro ochranu osobních údajů
Stížnost proti námi prováděnému zpracování osobních údajů můžete podat u Úřadu pro ochranu osobních údajů, který sídlí na adrese Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.

Další informace a novinky z oblasti ochrany osobních údajů naleznete na našich webových stránkách www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa". Na tomto místě také naleznete vždy nejaktuálnější verzi tohoto dokumentu.

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

MPV1/06/2020/243

www.csas.cz
informační linka: 800 207 207

ČESKÁ spořitelna