Pojištění vyčerpané částky k půjčkám České spořitelny pro klienty nad 60 let

ČESKÁ spořitelna

Úvod

Pojištění vyčerpané částky k půjčkám České spořitelny pro klienty nad 60 let je volitelnou součástí půjčky a zajistí Vašim blízkým její splacení v případě Vašeho úmrtí.

Pojištění lze sjednat k následujícím půjčkám:

– Peníze na klik
– Kreditní karta

Jaké jsou výhody pojištění vyčerpané částky pro klienty nad 60 let?

Jednoduchost a komfort

Pro vstup do pojištění stačí potvrdit souhlas s podmínkami. Nemusíte podstoupit lékařskou prohlídku ani vyplňovat složité formuláře.

Cena nastavená podle vyčerpané částky

Pojistné vychází z výše Vaší vyčerpané částky ke konci účetního období. Pokud půjčku nečerpáte, pojistné neplatíte.

Jistota pro Vaše blízké

V případě úmrtí budete mít jistotu, že Vašim blízkým (pozůstalým) nezanecháte dluh v podobě nesplaceného úvěru.

Kdo je v rámci pojištění vyčerpané částky pro klienty nad 60 let pojištěn?

Osoba zavázaná v půjčce z pohledu příjmů, která potvrdila, že splňuje podmínky pro vstup do pojištění.

Podmínky pro sjednání pojištění vyčerpané částky pro klienty nad 60 let

Soubor pojištění S

Sjednáním tohoto pojištění je kryto úmrtí.

Stačí, když:
- se seznámíte se zpracováním osobních údajů, které je podrobně popsáno v Informačním listu o ochraně osobních údajů, aktuální rámcovou smlouvou a Všeobecnými pojistnými podmínkami SKUP 2, které jsou součástí této brožury
- jste starší 60 let a mladší 70 let
- souhlasíte s tím, že je pojistitel oprávněn požadovat údaje o Vašem zdravotním stavu za účelem šetření pojistné události
- souhlasíte s tím, že obmyšleným je pojistník

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.

Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

Pro nahlášení pojistné události stačí, když Vaši blízcí zvolí jednu z možností:
– zatelefonují na: **+420 234 240 250**
– pošlou e-mail na:
bankopojisteni@koop.cz
– písemně kontaktují:
ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32
150 00 Praha 5

Po nahlášení pojistné události obdrží poštou formulář „Hlášení pojistné události". Ten vyplní a spolu s požadovanými doklady zašlou zpět na adresu:

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

O dalším postupu šetření pojistné události 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, Českou spořitelnou, 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 čísle 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.

Další informace k pojištění

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

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11

Pojistné plnění u půjček pro klienty nad 60 let v případě úmrtí

V případě úmrtí a při splnění podmínek pro vznik nároku na pojistné plnění pojišťovna uhradí bance vyčerpanou částku půjčky dle stavu ke dni úmrtí.

Výluky z pojištění

Dojde-li ke smrti pojištěného z důvodu jakéhokoliv onemocnění s výjimkou úrazové smrti v prvním roce trvání pojištění, vyplatí pojistitel pojistné plnění pouze ve výši dosud uhrazeného pojistného.

Přehled uplatňovaných výluk naleznete ve Všeobecných pojistných podmínkách pro skupinové pojištění SKUP 2 a v rámcové pojistné smlouvě.

Informace o zpracování osobních údajů

V souvislosti s pojištěním k úvěrům 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 na dobu trvání procesu přijetí do pojištění a na 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.

Nejčastější dotazy

Pokud zemřu následkem úrazu v prvním roce trvání pojištění, vznikne nárok na pojistné plnění?
Ano. U úmrtí úrazem nejsou žádná omezení pro výplatu pojistného plnění. Ta se vztahují pouze na případy, kdy k úmrtí dojde v prvním roce následkem jakéhokoliv onemocnění.

Mohu se pojistit, pokud mi v daném roce teprve bude 60 let?
Tuto variantu pojištění uzavřít nemůžete, protože je určena pouze klientům od 60 let. Máme pro Vás komplexnější varianty pojištění, které kryjí kromě úmrtí také invaliditu 3. stupně, pracovní neschopnost nebo ztrátu zaměstnání. O těchto variantách se informujte na našich pobočkách.

Úplné znění podmínek týkajících se pojištění k úvěrům České spořitelny je uvedeno v Rámcové pojistné smlouvě č. ČSREV 1/2015 (včetně dodatků) a dále ve všeobecných pojistných podmínkách, které jsou v plném znění součástí této informativní brožury.

Přílohy

Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění – SKUP 2 ze dne 1. října 2015

Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pojištění se řídí rámcovou pojistnou smlouvou (dále jen „smlouva") a těmito všeobecnými pojistnými podmínkami (dále jen „pojistnými podmínkami"). Pojištění je dále upraveno zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „občanský zákoník"), a dalšími obecně závaznými právními předpisy České republiky. Odchylné ujednání ve smlouvě má přednost před ustanovením pojistných podmínek.

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** – doba ve dnech, uvedená ve smlouvě nebo v těchto pojistných podmínkách, která počíná běžet dnem počátku příslušného pojištění nebo dnem účinnosti jeho změny a jejíž uplynutí je podmínkou pro vznik práva na pojistné plnění; tato doba se uplatňuje také v případech dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného
c) **dopravní nehoda** – nehoda na pozemní komunikaci, v drážní, ve vodní či v letecké dopravě
d) **hospitalizace** – poskytnutí celodenní nemocniční lůžkové péče pojištěnému v nemocničním zařízení, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčení úrazu nebo nemoci pojištěného
e) **invalidita** – skutečnost, kdy je pojištěnému během pojistné doby přiznána podle platných předpisů invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci
f) **nezaměstnaná osoba** – každá osoba, která není zaměstnána v pracovním nebo služebním poměru nebo na základě dohody o práci konané mimo pracovní poměr, ani nevykonává samostatnou výdělečnou činnost, a která je současně v České republice registrována na příslušném úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání
g) **nezaměstnanost** – stav nezaměstnané osoby dle kritérií uvedených v těchto pojistných podmínkách pro ztrátu zaměstnání
h) **obmyšlený** – oprávněná osoba, která má právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
i) **oceňovací tabulky** – tabulky, podle nichž pojistitel stanoví výši pojistného plnění v případě úrazového pojištění
j) **oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění
k) **počátek pojištění** – okamžik, kterým vzniká povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v případě vzniku pojistné události a jeho právo na pojistné podle uzavřené smlouvy
l) **pojistitel** – Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897
m) **pojistná částka** – smlouvou dohodnutá částka, kterou je pojistitel povinen vyplatit jako pojistné plnění v případě pojistné události
n) **pojistná doba** – doba, na kterou je pojištění sjednáno. Pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem uvedeným jako počátek pojištění a končí dnem uvedeným jako konec pojištění
o) **pojistná událost** – nahodilá událost, na kterou se vztahuje pojištění a která je blíže specifikována ve smlouvě nebo těchto pojistných podmínkách

p) **pojistné nebezpečí** – možná příčina vzniku pojistné události, zejména nemoc nebo úraz nebo jiná skutečnost související se zdravotním stavem pojištěného, k níž dojde během trvání pojištění a která je blíže specifikována ve smlouvě a těchto pojistných podmínkách
q) **pojistné období** – časové období, dohodnuté ve smlouvě, za které se platí pojistné; první pojistné období začíná počátkem pojištění
r) **pojistné plnění** – peněžité plnění, které je pojistitel podle smlouvy povinen vyplatit oprávněné nebo obmyšlené osobě, nastane-li pojistná událost
s) **pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolaná pojistným nebezpečím
t) **pojistník** – právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
u) **pojistný zájem** – oprávněná potřeba ochrany před následky pojistné události; pojistník může uzavřít smlouvu vztahující se na pojistné nebezpečí třetí osoby (pojištěného), která je odlišná od pojistníka (pokud má na takovém pojištění pojistný zájem)
v) **pojištěný** – fyzická osoba, na jejíž život, zdraví nebo jinou hodnotu pojistného zájmu se pojištění vztahuje
w) **provozovatel zdravotnického zařízení** – osoba, kterou pojistitel pověřil k vyžádání zdravotnické dokumentace (lékařské zprávy, výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace), v případě potřeby i k provedení prohlídky či vyšetření pojištěného
x) **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
y) **rámcová pojistná smlouva** (dále jen „smlouva") – smluvní vztah uzavřený mezi pojistitelem a pojistníkem, na jehož základě jsou sjednávána pojištění jednotlivých pojištěných
z) **resolicitační program** – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetového bankovnictví
aa) **škodná událost** – událost, která by mohla být pojistnou událostí
bb) **úraz** – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, které pojištěnému během trvání pojištění způsobilo smrt nebo poškodilo zdraví, pokud takové poškození zdraví bylo potvrzeno přítomností objektivních znaků zjištěných při lékařském vyšetření
cc) **účastník pojištění** – pojistitel, pojistník, pojištěný a každá další osoba, které z pojištění vzniklo právo nebo povinnost
dd) **ztráta zaměstnání** – stav nezaměstnané osoby v důsledku ukončení pracovního poměru bez vlastního přičinění, anebo z vlastní vůle pojištěného za dále stanovených podmínek.

ČLÁNEK 2
Druhy pojištění

1. a) Pojistitel v rámci životního pojištění může sjednat pro pojištěného tato rizika:
   – pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin,
   – pojištění pro případ invalidity 3. stupně v důsledku úrazu nebo nemoci.

   Životní pojištění se sjednává jako pojištění obnosové. Zavazuje pojistitele poskytnout v případě pojistné události jednorázové či opakované pojistné plnění v ujednaném rozsahu.

   b) Pojistitel v rámci neživotního pojištění může sjednat pro pojištěného tato rizika:
   – pojištění pro případ pracovní neschopnosti v důsledku úrazu nebo nemoci,
   – pojištění pro případ ztráty zaměstnání,
   – pojištění hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.

   Neživotní pojištění se sjednává jako pojištění škodové. Pojistitel poskytne pojistné plnění, které v ujednaném rozsahu vyrovnává úbytek majetku vzniklý v důsledku pojistné události.

c) Pojistitel může pro pojištěného sjednávat i jiné druhy pojištění. Pokud takové pojištění není upraveno zvláštními právními předpisy nebo smlouvou, platí pro ně ustanovení těchto pojistných podmínek.

2. Pojistník uzavírá pojištění pro pojištěného, který je osobou odlišnou od pojistníka (dále jen „pojištění cizího pojistného nebezpečí"). 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

Rozsah pojištění je uveden ve smlouvě. Pojištění se vztahuje pouze na pojistné události, které nastanou v době trvání 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) zaniká pojištění smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

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

2. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY
Pojistnou událostí je uznání pojištěného invalidním 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci, k nimž dojde během pojistné doby.

Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě. Následným (opětovným) uznáním pojištěného invalidním 3. stupně pojištění zaniká.

Pojistné plnění v případě invalidity pojištěného:

a) V případě pojištění invalidity, kdy bude pojištěný uznán invalidním 3. stupně ve smyslu platných právních předpisů a těchto podmínek z důvodu úrazu nebo nemoci, nejdříve však po jednom roce od okamžiku počátku pojištění ve smyslu smlouvy, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši stanovené ve smlouvě.
   Splnění podmínky jednoho roku 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) Pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci je sjednáno maximálně do 65 let věku pojištěného.
c) Pojistitel neplní v případě, že onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.
d) V případě invalidity prvního i druhého pojištěného (v případě, že smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) se nejprve posuzuje invalidita toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako

první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se invalidita pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako druhá v pořadí. V případě invalidity prvního a druhého pojištěného se stejným datem pojistné události bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené smlouvou.

e) Pojištěný je povinen na požádání pojistitele vyvinout přiměřenou a potřebnou součinnost při řešení pojistné události. Pojistitel má právo pozastavit šetření pojistné události odložením věci v případě neposkytnutí potřebné součinnosti pojištěného při řešení pojistné události až do doby poskytnutí součinnosti.

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

Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 60 dnů 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 vystavená 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 které byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.

e) Pojistitelem je stanovena čekací doba v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dnů ode dne sjednaného jako počátek pojištění dle ustanovení platné smlouvy. Tato lhůta bude uplatněna pouze v případě dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného. V této lhůtě není pracovní neschopnost považována za pojistnou událost a oprávněné osobě nevzniká nárok na pojistné plnění.

f) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.

g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost

pojištěného, která nastala jako druhá pojistná událost 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 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 HOSPITALIZACE V DŮSLEDKU NEMOCI NEBO ÚRAZU

Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu, přičemž hospitalizace musí trvat nepřetržitě dobu stanovenou ve smlouvě.

Pojistné plnění v případě hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu:

a) Nárok na plnění z pojistné události hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu vznikne, pokud hospitalizace trvá nepřetržitě dobu stanovenou ve smlouvě. Pojistné plnění ve formě denních dávek je vypláceno za každý den pobytu pojištěného v nemocnici ode dne stanoveného ve smlouvě. Výše denní dávky je stanovena ve smlouvě.

b) 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.

c) Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane více než 60 kalendářních dní ode dne ukončení původní hospitalizace, za níž pojistitel již plnil, považuje se tato nová hospitalizace za novou pojistnou událost. Podmínkou je skutečnost, že po ukončení původní hospitalizace po dobu stanovené lhůty 60 dní nebyl pojištěný pod lékařským dohledem ani neužíval předepsané léky pro příčinu, pro kterou byl původně hospitalizován.

d) Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane ve lhůtě 6 měsíců od ukončení původní hospitalizace a pojištěný byl pod lékařským dohledem a užíval předepsané léky pro příčinu, pro kterou byl původně hospitalizován, považuje se tato nová hospitalizace za pokračování původní hospitalizace, tj. původní pojistné události.

e) Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit pojištěnému jako oprávněné osobě v souladu s jeho pokyny uvedenými v hlášení pojistné události.

5. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY ZAMĚSTNÁNÍ

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

Čekací doba je v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dnů ode dne sjednaného jako počátek pojištění ve smlouvě. V této lhůtě při ztrátě zaměstnání a nezaměstnanosti pojištěného nevzniká nárok na pojistné plnění. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě.

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného:

a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného vznikne, nastala- li nezaměstnanost pojištěného po uplynutí čekací doby pojistitele dle smlouvy, a pokud nezaměstnanost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.

b) Plněním v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištění nezaniká, s výjimkou případu dosažení horní hranice vyplaceného pojistného plnění uvedené ve smlouvě.

c) V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje nezaměstnanost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojištěného, která nastala jako druhá pojistná událost 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 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 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 splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události.

Ztráta zaměstnání může být za splnění dalších podmínek pojistnou událostí v případě, že je nezaměstnaná osoba v České republice registrována v příslušné pobočce Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání. Ukončení pracovního poměru z vlastní vůle pojištěného je za ztrátu zaměstnání ve smyslu těchto pojistných podmínek považováno výlučně v případě:

(i) 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,
(ii) 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.

ČLÁNEK 4
Pojištění cizího pojistného nebezpečí

Pojištění cizího pojistného nebezpečí se sjednává ve prospěch pojištěného. Pouze je-li tak uvedeno ve smlouvě, je pojištění cizího pojistného nebezpečí sjednáno ve prospěch pojistníka, tj. právo na pojistné plnění vznikne pojistníkovi odlišnému od pojištěného. Pojistník může v tomto případě uplatnit právo na pojistné plnění, pouze pokud prokáže, že seznámil pojištěného s obsahem smlouvy a že pojištěný souhlasí s tím, aby pojistné plnění bylo poskytnuto pojistníkovi.

ČLÁNEK 5
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 nevzniká závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé události 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. Smlouva je uzavírána v písemné formě a její nedílnou součástí jsou tyto pojistné podmínky.
5. Pojistitel vydá pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření smlouvy. Každá ze smluvních stran musí obdržet alespoň jedno vyhotovení.

ČLÁNEK 6
Zjišťování zdravotního stavu a skutečností týkajících se ztráty zaměstnání a nezaměstnanosti

1. Pojištění je sjednáno na základě odpovědí pojištěného ve zdravotním dotazníku či na základě jeho odpovědí na jiné dotazy pojistitele týkající se zdravotního stavu pojištěného při sjednávání či změně pojištění.
2. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a specializovaných, odborných zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě a 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 výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace vyžádaných provozovatelem zdravotnického zařízení, kterého k tomuto vyžádání pověřil pojistitel, od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným odborným zdravotnickým zařízením, určeným pojistitelem.
3. Pojistitel má právo v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěný zprošťuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, provozovatele zdravotnického zařízení, zdravotnické pracovníky, jiné odborné pracovníky a další osoby poskytující zdravotní služby, které pojistitel požádá o uvedené informace. Skutečnosti týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu, rovněž i pro samostatné likvidátory spolupracující na základě smlouvy uzavřené s pojišťovnou k zajištění procesu šetření pojistných událostí; tato zjištění může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovnám, popř. jejich společným institucím, nebo v souladu s příslušným právním předpisem.
4. Pojistitel má právo v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní.
5. Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu a uváděných skutečností týkajících se pojištění a škodní události dává pojištěný zejména podpisem smlouvy, příp. jiného dokumentu, na jehož základě vzniká pojištění nebo oznámení pojistné události nebo souhlasem uděleným telefonicky, prostřednictvím internetu nebo jiným způsobem, za podmínky jednoznačné identifikace a projevu vůle.
6. Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat skutečnosti týkající se ztráty zaměstnání pojištěného a následné nezaměstnanosti.

ČLÁNEK 7
Povinnosti pojistitele

Pojistitel je vedle povinností stanovených ve smlouvě, či příslušných právních předpisech zejména povinen:

a) Zachovávat mlčenlivost ohledně jakýchkoliv informací týkajících se pojištěného a jeho zdravotního stavu, a tyto informace využívat pouze pro výše uvedené účely; předání těchto informací jiným osobám je možné pouze na základě souhlasu pojištěného ve smlouvě, příp. jiném dokumentu, na jehož základě vzniká pojištění.
b) Vydat pojistníkovi pojistku jako potvrzení o uzavření smlouvy.

c) Zahájit šetření nutné ke zjištění existence a rozsahu jeho povinnosti plnit bez zbytečného odkladu poté, co je mu oznámena škodná událost, a případně sdělit osobě, která se považuje za oprávněnou osobu, proč šetření nemůže být skončeno do tří měsíců ode dne doručení příslušného oznámení pojistiteli.
d) Sdělit výsledky šetření osobě, která uplatnila právo na pojistné plnění; v případě, že pojistitel v rámci šetření zjistí svou povinnost plnit, je pojistné plnění splatné do patnácti dnů ode dne skončení takového šetření.
e) Sdělit pojistníkovi na základě jeho žádosti v písemné formě zásady pro stanovení výše pojistného.
f) Bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, vrátit pojistníkovi zaplacené pojistné, od kterého se odečte to, co již z pojištění pojistitel plnil. To platí i pro smlouvu uzavřenou pomocí obchodu na dálku.
g) 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.
h) Informovat neprodleně pojistníka o jakýchkoliv písemných sděleních pojištěných, jejich právních nástupců, příp. osob stanovených v souladu se zákonem.

ČLÁNEK 8
Povinnosti pojistníka, pojištěného a jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění

Vedle povinností stanovených ve smlouvě, či příslušných právních předpisech jsou pojistník, pojištěný a jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, povinni plnit další povinnosti stanovené níže.

1. Pojištěný je zejména povinen:
   a) počínat si tak, aby nedošlo k újmě na svobodě, životě, zdraví nebo na majetku jiné osoby a vynaložit veškeré úsilí, které po něm lze rozumně požadovat, aby předešel vzniku pojistné události.
   b) zodpovědět pravdivě a úplně dotazy pojistitele týkající se pojištění v písemné formě, zejména dotazy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek.
   c) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoliv změnu nebo zánik pojistného nebezpečí, pojistného rizika, zejména veškeré změny výdělečné, sportovní nebo jiné zájmové činnosti pojištěného, dále zánik pojistného zájmu.
   d) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoliv změnu týkající se skutečností, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě, včetně změny doručovací adresy či adresy bydliště nebo bankovního spojení.

2. Pojistník nebo pojištěný, který není současně pojistníkem, popřípadě obmyšlený, je povinen:
   a) bez zbytečného odkladu, nejpozději ve lhůtě 30 dnů ode dne odstoupení od pojistné smlouvy, pojistiteli vrátit částku vyplaceného pojistného plnění, která přesahuje výši zaplaceného pojistného. To platí i pro smlouvy uzavřené pomocí obchodu na dálku.
   b) předložit pojistiteli originály dokumentů nebo jejich ověřené kopie, které si pojistitel vyžádá za účelem sjednání nebo změny pojištění.
   c) podrobit se identifikaci (ověření své totožnosti), v souvislosti se sjednáním či změnou pojištění poskytnutím jakéhokoliv plnění z pojištění.
   d) oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, že proti němu bylo zahájeno exekuční nebo insolvenční řízení.
   e) poskytnout pojistiteli veškerou potřebnou součinnost za účelem ověření, zda pojištěný pobírá invalidní důchod, případně zda je pojištěný stále invalidní.

3. V případě pojistné události jsou pojistník, pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, zejména povinni:

a) učinit veškerá přiměřená opatření k tomu, aby se nezvětšoval rozsah následků škodné události.
b) vznik škodné události oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli, podat vysvětlení o jejím vzniku a rozsahu jejích následků, a dále postupovat v souladu s pokyny pojistitele.
c) předat pojistiteli veškeré další informace a jakékoliv dokumenty nezbytné k šetření škodné události podle pojistných podmínek nebo které si pojistitel jinak vyžádá a poskytnout pojistiteli veškerou další potřebnou součinnost za účelem šetření pojistné události. Požaduje-li to pojistitel, musí být předložen originál nebo úředně ověřená kopie těchto dokumentů. Dokumenty v jiném než českém jazyce musí být předloženy včetně úředního překladu do českého jazyka, nestanoví-li pojistitel jinak.
d) podat vysvětlení o jakýchkoliv právech třetích osob souvisejících se škodnou událostí.
e) v případě úrazu nebo nemoci vyhledat bez zbytečného odkladu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře, dodržovat léčebný režim stanovený lékařem, tj. zejména respektovat pokyny lékaře při léčbě, vyloučit veškerá jednání, která brání jeho uzdravení, a poskytovat pojistiteli součinnost při kontrole průběhu léčebného procesu.
f) 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.
g) umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
h) oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.

ČLÁNEK 9
Důsledky porušení povinností

1. Porušil-li pojištěný úmyslně nebo z nedbalosti povinnost zodpovědět pravdivě a úplně dotazy pojistitele v písemné formě týkající se sjednávaného pojištění, může pojistitel od smlouvy odstoupit, pokud by po pravdivém a úplném zodpovězení dotazů smlouvu neuzavřel.
2. Od smlouvy na pojištění spadající do odvětví životních pojištění může pojistník odstoupit bez udání důvodu do 30 dnů ode dne jejího uzavření, od smlouvy na pojištění do odvětví životních pojištění nespadající může pojistník odstoupit do 14 dnů ode dne jejího uzavření, pokud jde o smlouvu uzavřenou mimo obchodní prostory pojistitele.
3. Pojistitel může snížit pojistné plnění v poměru pojistného, které obdržel, k pojistnému, které měl obdržet, v případě:
   a) že v důsledku porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného při sjednávání či změně pojištění bylo stanoveno nižší pojistné.
   b) porušení povinnosti pojistníka nebo pojištěného oznámit pojistiteli zvýšení pojistného rizika.
4. Mělo-li porušení povinností pojistníka, pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh, na zvětšení rozsahu jejích následků nebo na zjištění či určení výše pojistného plnění, má pojistitel právo snížit pojistné plnění až na jednu polovinu podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.
5. Porušil-li pojištěný povinnost zodpovědět pravdivě a úplně dotazy pojistitele a příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se pojistitel dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit v důsledku zaviněného porušení uvedené povinnosti, může pojistitel pojistné plnění odmítnout, pokud by při znalosti této skutečnosti při uzavírání smlouvy tuto smlouvu neuzavřel, nebo pokud by ji uzavřel za jiných podmínek.
6. Vyvolá-li pojištěný nebo jiná osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, náklady šetření poruše-

ním povinnosti, má pojistitel právo na přiměřenou náhradu. Tuto náhradu může pojistitel odečíst od pojistného plnění, a to až do celkové výše tohoto plnění.

7. Poruší-li pojištěný povinnost oznámit pojistiteli, že proti němu bylo zahájeno exekuční nebo insolvenční řízení, má pojistitel právo na náhradu nákladů účelně vynaložených na zjištění těchto skutečností.
8. Pokud v důsledku porušení povinnosti pojištěného nebo jiné osoby, která uplatňuje právo na pojistné plnění, vznikne pojistiteli újma nebo pojistitel vynaloží zbytečné náklady (např. náklady na soudní spor), má pojistitel právo na jejich náhradu proti osobě, která porušením povinnosti způsobila vznik takové újmy nebo zbytečných nákladů.

ČLÁNEK 10
Pojistná doba

1. Pojištění se sjednává buď na přesně stanovenou dobu (se sjednaným koncem pojištění), nebo na dobu neurčitou, podle toho, co je uvedeno ve smlouvě, a vzniká dnem počátku pojištění.
2. Pojištění vzniká v 00:00 hodin dne počátku pojištění a zaniká ve 24:00 hodin posledního dne pojistné doby nebo dřívějšího dne v případě předčasného ukončení smlouvy.
3. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění.

ČLÁNEK 11
Pojistná částka, výše pojistného plnění

Pojistitel si vyhrazuje právo stanovit pro jednotlivé druhy pojištění osob nejnižší a nejvyšší pojistné částky, případně limity pojistného plnění. Pojištění osob zakládá osobě určené ve smlouvě právo na výplatu ujednané částky nebo právo na pojistné plnění v určené výši.

ČLÁNEK 12
Pojistné a placení pojistného

1. Pojistník je povinen platit pojistné ve výši uvedené ve smlouvě a se splatností uvedenou ve smlouvě; v případě prodlení s úhradou pojistného vzniká pojistiteli právo na úrok z prodlení v zákonné výši a může pojištění ukončit pro neplacení pojistného.
2. Výše a splatnost pojistného se určují podle sazeb pro jednotlivá pojištění a jsou uvedeny ve smlouvě, popř. v platném sazebníku pojistníka.
3. Pojistitel má právo na pojistné za dobu trvání pojištění, není-li v pojistných podmínkách či zákoně uvedeno jinak. Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým ve smlouvě jako počátek pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala. Pojistiteli dále náleží pojistné i za dobu po zániku pojištění z důvodu zániku pojistného zájmu, a to až do dne, kdy se pojistitel o zániku pojistného zájmu dozvěděl.
4. Pojistitel může jednostranně změnit výši běžného pojistného na další pojistné období, pokud dojde ke změně právních předpisů či rozhodovací praxe soudů, popřípadě ke změně lékařské praxe, či vědy, a tato změna má vliv na stanovení výše pojistného či pojistného plnění, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěného.
5. Novou výši pojistného podle předchozího odstavce sdělí pojistitel pojistníkovi nejpozději dva měsíce přede dnem splatnosti pojistného za pojistné období, ve kterém se má výše pojistného změnit. Pokud pojistník s takovou změnou výše pojistného nesouhlasí, musí tento svůj nesouhlas oznámit pojistiteli nejpozději do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně výše pojistného dozvěděl. V takovém případě zanikne pojištění uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno.
6. Na žádost pojistníka v písemné formě sdělí pojistitel pojistníkovi zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.

7. Pojistné je splatné v české měně.
8. Pro vyloučení pochybností se uvádí, že pokud dojde k předčasnému ukončení smlouvy, je pojistník povinen uhradit dlužné pojistné.

ČLÁNEK 13
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. 277/2009 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 pojistník i pojistitel zavazují zajistit nejvyšší možné standardy technického a organizačního zabezpečení a přenosu dat, jaké lze s ohledem na předmět této smlouvy a postavení smluvních stran důvodně požadovat.
4. V případě využití telefonu jako alternativního komunikačního prostředku ze strany zájemce o pojištění, pojištěného, pojistníka nebo pojistitele souhlasí zájemce o pojištění, pojištěný a pojistník s nahráváním příchozích i odchozích telefonních hovorů pojistitelem na zvukový záznam a s použitím takového záznamu v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění.

ČLÁNEK 14
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) pojištění hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu,
f) 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.

ČLÁNEK 15
Šetření pojistné události a výplata pojistného plnění

1. Oprávněnou osobou je osoba, určená pojistníkem ve smlouvě, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má právo na pojistné plnění obmyšlený, stanovený ve smlouvě.
2. Nastane-li pojistná událost, má oprávněná osoba právo, aby jí pojistitel poskytl jednorázové nebo opakované pojistné plnění, a to v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou. Pojistné plnění pojistitel stanoví podle parametrů pojištění platných ke dni vzniku pojistné události.
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 jeho stanovení.
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 lhůta na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události. Právo na plnění z ostatních druhů soukromého pojištění se promlčí nejpozději za 3 roky; promlčecí lhůta na pojistné plnění počíná běžet za jeden rok po vzniku pojistné události.
7. Pokud oprávněná osoba nesouhlasí s výsledkem šetření pojistné události, může pojistitele požádat o přešetření; za účelem usnadnění takového přešetření by v této žádosti měly být uvedeny veškeré informace (včetně čísla šetření pojistné události) a důvody, pro které oprávněná osoba přešetření požaduje, a přiloženy veškeré související dokumenty.

ČLÁNEK 16
Omezení pojistného plnění

1. Pojistitel může pojistné plnění snížit až na jednu polovinu podle odůvodněných okolností případu, pokud k pojistné události došlo:
   a) v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
   b) následkem požití alkoholu nebo aplikace návykových (omamných či toxických) látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným.
   Měl-li však takový úraz za následek smrt pojištěného, může pojistitel snížit pojistné plnění jen tehdy, došlo- li k úrazu v souvislosti s činem pojištěného, kterým způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt jiné osobě. Toto právo pojistitel nemá, obsahoval-li alkohol nebo návykovou látku lék, který pojištěný užil způsobem předepsaným lékařem, a pokud pojištěný nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době působení léku nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.
2. Pojistitel může plnění ze smlouvy odmítnout, jestliže příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku zaviněného porušení povinnosti pravdivě a úplně zodpovědět dotazy pojistitele, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době sjednání pojištění toto pojištění neuzavřel nebo je uzavřel za jiných podmínek.
3. Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí pojistného plnění, došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s činem, pro který byl pojištěný uznán vinným úmyslným trestným činem, nebo kterým si úmyslně ublížil na zdraví.
4. Pojistitel má právo odmítnout poskytnutí pojistného plnění, pokud oprávněná, resp. obmyšlená osoba 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.
5. Osoba, která uplatňuje právo na pojistné plnění, nemá nárok na pojistné plnění, jestliže pojistnou událost způsobila úmyslně sama nebo z jejího podnětu osoba třetí nebo se na spáchání takového trestného činu podílela.
6. 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.
7. 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 17
Výluky

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 jadernným 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 **hospitalizace** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:

a) 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,

b) 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,

c) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislostí, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tím typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
d) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 - F99,
e) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky,
f) v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů.

4. 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 zaměstnancem 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 18
Oprávněné osoby

1. Oprávněnou osobou je osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění.
2. Oprávněnou osobou je:
   a) obmyšlený – fyzická nebo právnická osoba určená pojistníkem ve smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného (včetně smrti následkem úrazu),
   b) fyzická nebo právnická osoba určená pojistníkem ve smlouvě, které vznikne právo na pojistné plnění ve sjednaném pojištění. Jestliže před výplatou pojistného plnění pojištěný zemře a lze dostatečně prokázat, že vznikl nárok na pojistné plnění, a jsou k dispozici relevantní a dostatečné údaje pro prokázání výše pojistného plnění, nabývá práva na pojistné plnění obmyšlený.
3. Je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, a nebyl-li v době pojistné události určen obmyšlený nebo nenabyl-li obmyšlený práva na pojistné plnění, nabývají tohoto práva osoby v pořadí stanoveném zákonem.

4. V případě pojištění cizího pojistného nebezpečí právo na pojistné plnění může uplatnit pojistník, a to pouze tehdy, jestliže prokáže, že pojištěného seznámil s obsahem pojistné smlouvy, týkající se pojištění jeho pojistného nebezpečí, a jestliže prokáže, že mu byl k přijetí pojistného plnění dán souhlas pojištěného.
5. V případě, že je pojistník odlišný od pojištěného, může určit osobu obmyšleného nebo sjednat podmínky zajištění dluhu jen s písemným souhlasem pojištěného.

ČLÁNEK 19
Zánik pojištění

Jednotlivé pojištění zaniká v souladu s příslušnými ustanoveními občanského zákoníku:
a) uplynutím pojistné doby,
b) výpovědí dle ust. § 2805 a 2806 občanského zákoníku,
c) v důsledku nezaplacení pojistného,
d) odstoupením od pojištění,
e) doručením odmítnutí pojistného plnění,
f) dalšími způsoby uvedenými v pojistné smlouvě nebo stanovenými občanským zákoníkem, a to vždy na základě té právní skutečnosti, která nastane dříve.

ČLÁNEK 20
Změna pojištění

1. Pojištění lze změnit dohodou stran (tzv. dodatkem). Pro uzavření dodatku platí stejná pravidla jako pro uzavření smlouvy. Pojistitel má v takovém případě právo zkoumat zdravotní stav pojištěného. Okamžik platnosti a účinnosti změny pojištění je uveden v dodatku ke smlouvě.
2. Pokud se smluvní strany dohodnou na změně rozsahu pojištění již sjednaného pojištění, stává se taková změna účinnou dnem dohodnutým ve smlouvě, nejdříve však v 00:00 hodin dne následujícího po uzavření dohody o takové změně, není-li v pojistné smlouvě dohodnuto jinak.
3. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik jednotlivého pojištění.
4. 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.
5. V případě změny rozsahu pojištění pojistitel plní za změněných podmínek až z pojistných událostí, které nastanou ode dne účinnosti příslušného dodatku ke smlouvě a vztahují-li se na pojištění dotčené změnou čekací doby, pak až po uplynutí takové čekací doby. Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za změněných podmínek, pokud pojistník před podpisem návrhu na změnu pojištění věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.

ČLÁNEK 21
Forma jednání

1. Smlouva musí být uzavřena v písemné formě, nestanoví-li zákon jinak.
2. Právní jednání, pro které je nutná písemná forma, je platné, zejména je-li vlastnoručně podepsáno jednající osobou, je-li učiněno prostřednictvím datové schránky, je-li opatřeno zaručeným elektronickým podpisem podle zvláštního zákona či je-li učiněno prostřednictvím internetové aplikace pojistitele se zabezpečeným přístupem.
3. V záležitostech pojistného vztahu, zejména v souvislosti se správou pojištění a řešením pojistných událostí, je pojistitel oprávněn kontaktovat ostatní účastníky pojištění i jinými komunikačními prostředky (např. telefon, SMS, e-mail, fax, datová schránka), pokud není dohodnuto jinak. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy a k charakteru sdělovaných informací.
4. Právní jednání, oznámení a žádosti jsou účinné vůči druhé smluvní straně, jakmile jí byly doručeny.

ČLÁNEK 22
Doručování

1. Písemnosti doručované prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta") budou zasílány:
   – pojistiteli na adresu Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Brněnská 634, 664 42 Modřice, popřípadě jinou adresu, kterou pojistitel pojistníkovi oznámí;
   – pojistitelem na korespondenční adresu příslušné osoby (adresáta) uvedenou ve smlouvě. Pokud pojistník písemně pojistitele požádá výslovně o změnu korespondenční adresy, budou mu písemnosti pojistitele doručovány na takto změněnou korespondenční adresu.
2. Pojistník je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu jakoukoliv změnu korespondenční adresy a adresy svého trvalého pobytu, bydliště nebo sídla. Pokud pojistník zmaří doručení písemnosti tím, že pojistiteli řádně neoznámí změnu své korespondenční adresy, adresy svého trvalého pobytu, bydliště či sídla, platí, že zásilka řádně došla desátý kalendářní den po jejím odeslání. Veškerá písemná sdělení zaslaná pojistiteli poštou se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě. Veškerá písemná sdělení adresovaná pojistiteli a učiněná elektronickými prostředky se považují za doručená okamžikem, kdy byla doručena na e-mailovou adresu pojistitele: info@koop.cz.
3. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
4. Pojistitel je oprávněn využít i jiné 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 i jiné 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 23
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 případné právní nástupce.

ČLÁNEK 24
Rozhodné právo a rozhodování sporů

1. Smlouva a právní vztahy z ní vyplývající či s ní související se řídí českým právem.
2. Spory vyplývající ze smlouvy či s ní související budou předloženy k rozhodnutí příslušnému soudu v České republice.
3. K rozhodování sporu spadajícího jinak do pravomoci českých soudů při nabízení, poskytování nebo zprostředkování životního pojištění je příslušný též finanční arbitr.

Rámcová pojistná smlouva / pojistka č. ČSREV 1/2015

ÚPLNÉ ZNĚNÍ (na základě dodatku č. 3)
účinné od 20. 1. 2019

uzavřená mezi níže uvedenými společnostmi:

POJISTNÍK
Česká spořitelna, a.s.
se sídlem: Praha 4, Olbrachtova 1929/62, PSČ 140 00
IČO: 45244782
DIČ: CZ45244782
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka č. 1171

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, změny pojištění
Článek 6 Počátek pojištění, pojistná období, konec pojištění
Článek 7 Zánik jednotlivého pojištění
Článek 8 Pojistné
Článek 9 Podmínky pro likvidaci pojistné události
Článek 10 Pojistné plnění
Článek 11 Výluky z pojištění
Článek 12 Povinnosti pojistníka
Článek 13 Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti
Článek 14 Závěrečná ustanovení

PŘÍLOHY

Příloha I Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 2 Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group

Článek 1
Úvodní ustanovení

Pojištění, které na základě této rámcové smlouvy sjednává **Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group a Česká spořitelna, a.s.**, se řídí právním řádem České republiky. Pro pojistný vztah, tj. pro veškerá práva a povinnosti pojistníka, resp. klientů pojistníka a pojistitele související s touto rámcovou smlouvou, jejím plněním nebo porušením platí přednostně tato rámcová smlouva, a pokud jí nejsou příslušné podmínky upraveny, popř. jí neodporují, rovněž VPP Kooperativy, které tvoří přílohu č. I této rámcové smlouvy a jsou její nedílnou součástí, a dále příslušná ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, v platném znění (dále jen **občanský zákoník**), 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, klient pojistníka (úvěrovaný z úvěrové smlouvy), která splnila podmínky pro vstup do pojištění uvedené v článku 5 této rámcové smlouvy.

2.2 Splátka úvěru – pravidelná splátka úvěru, k jejíž úhradě se pojištěný zavázal v úvěrové smlouvě a která v sobě zahrnuje příslušné úroky z úvěru a veškeré případné poplatky (ceny), včetně poplatku (ceny) za udržování pojištění dle této rámcové smlouvy, sjednané k úvěrové smlouvě, a část vyčerpané a nesplacené jistiny úvěru.

2.3 Úvěrová smlouva – smlouva uzavřená mezi pojistníkem a klientem pojistníka, na jejímž základě se pojistník zavázal poskytnout klientovi pojistníka úvěr.

2.4 Úvěr –úvěr poskytnutý pojistníkem na základě úvěrové smlouvy, bez sledování účelu úvěru, s možností opakovaného čerpání a splácení úvěru, až do sjednané výše, včetně kartového úvěru.

2.5 Kartový úvěr – úvěr poskytnutý pojistníkem na základě úvěrové smlouvy, bez sledování účelu úvěru, s možností opakovaného čerpání a splácení úvěru, až do sjednané výše, poskytnutý prostřednictvím kartového úvěrového účtu a čerpaný zejména prostřednictvím kreditní karty.

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 – soubor pojištění dle odst. 4.1 článku 4 této rámcové smlouvy.

2.9 VPP Kooperativy – Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 2 Kooperativy pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group, které tvoří přílohu I. této rámcové smlouvy.

2.10 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.

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

2.12 Úvěrový účet – úvěrový účet zřízený pojistníkem pro klienta pojistníka na základě úvěrové smlouvy za účelem evidence čerpání a splácení úvěru, u kartového úvěru nazývaný též kartový úvěrový účet.

2.13 Rozhodný den – den předcházející dni vzniku pojistné události u pojištění ztráty zaměstnání a pracovní neschopnosti.

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 v 00:00 hod. prvního dne prvního kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém vstoupila v platnost.

3.2 Pro ukončení účinnosti této rámcové smlouvy využijí smluvní strany přednostně dohody, ve které budou stanoveny podmínky ukončení tak, aby nedošlo k poškození oprávněných zájmů pojištěných.

3.3 Každá ze smluvních stran může i bez udání důvodu tuto rámcovou smlouvu písemně vypovědět. Výpovědní lhůta činí 3 měsíce a začíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla výpověď doručena druhé smluvní straně a končí uplynutím posledního dne posledního kalendářního měsíce.

3.4 Bude-li tato 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 vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám, potom ukončením účinnosti této rámcové smlouvy zanikají veškerá práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z této rámcové smlouvy s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění.

3.5 Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy nemá vliv na účinnost této rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy.

Článek 4
Rozsah pojištění

4.1 Na základě této rámcové smlouvy se sjednává pojištění klientů pojistníka, kteří přistoupí způsobem uvedeným v odst. 5.1 článku 5 této rámcové smlouvy k pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu souboru pojištění **Pojištění vyčerpané částky**, který zahrnuje tyto typy pojištění:

Pojištění pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti (dále také jen **„soubor pojištění Standard"**)

nebo

Pojištění pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ ztráty zaměstnání (dále také jen **„soubor pojištění Plus"**)

nebo

Pojištění pro případ smrti (dále také jen **„soubor pojištění S"**).

Pojištění	Soubor pojištění Standard	Soubor pojištění Plus	Soubor pojištění S
pro případ smrti	zahrnuto	zahrnuto	zahrnuto
pro případ invalidity	zahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto
pro případ pracovní neschopnosti	zahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto
pro případ ztráty zaměstnání	nezahrnuto	zahrnuto	nezahrnuto

POJISTNÁ UDÁLOST	POJISTNÁ ČÁSTKA	FREKVENCE PLNĚNÍ	TYP POJIŠTĚNÍ	OPRÁVNĚNÁ / OBMYŠLENÁ OSOBA
Úmrtí	Aktuální nesplacená částka vyčerpaného úvěru	Jednorázové	Obnosové	Pojistník
Invalidita 3. stupně, resp. vydání průkazu TP, ZTP, ZTP/P v případě starobního důchodce	Aktuální nesplacená částka vyčerpaného úvěru	Jednorázové	Obnosové	Pojištěný
Pracovní neschopnost	Nesplacená částka vyčerpaného úvěru k rozhodnému dni (den předcházející dni vzniku pojistné události)	Jednorázové	Obnosové	Pojištěný
Ztráta zaměstnání	Nesplacená částka vyčerpaného úvěru k rozhodnému dni (den předcházející dni vzniku pojistné události)	Jednorázové	Obnosové	Pojištěný

4.2 Pojištění se sjednává zvlášť ve vztahu ke každé jednotlivé úvěrové smlouvě.

Článek 5
Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění, změny pojištění

5.1 a) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník z úvěrové smlouvy, se závazkem splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě **souboru pojištění Standard** 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, 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 uznán/a invalidní (invaliditou 1., 2. nebo 3. stupně) nebo vám byl přiznán průkaz TP, ZTP nebo ZTP/P?
  - Jste v pracovní neschopnosti?
- souhlasí s tím, že je pojistitel oprávněn požadovat údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření pojistných událostí dle § 2828 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku;
- 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 z úvěrové smlouvy se závazkem splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění na základě souboru pojištění Plus 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) K fyzickým osobám (klientům pojistníka) uvedeným pod písm. a) tohoto článku řadíme a rozumíme jimi také starobní důchodce. Výhradně u starobního důchodce se pak pojistnou událostí u pojištění pro případ invalidity míní, odchylně od ustanovení čl. 4, bod 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. V měsíci, ve kterém pojištěný začíná pobírat starobní důchod, nedochází 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.

d) Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník z úvěrové smlouvy se závazkem 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:
- byla seznámena s touto rámcovou smlouvou, v aktuálním znění, 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 § 2828 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku;
- 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.
- 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.

5.2 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 se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s § 2788 občanského zákoníku. 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 podmínkami § 2808 občanského zákoníku, a to pouze ohledně takového jednotlivého pojištění.

5.3 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.

5.4 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, konec pojištění

6.1 Není-li touto rámcovou smlouvou stanoveno jinak, trvá pojistné období u jednotlivého pojištění konkrétního pojištěného jeden měsíc a odpovídá účetnímu období sjednanému v úvěrové smlouvě. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění, případně též dnem následujícím po uplynutí pojistného období, ve kterém nebylo jednotlivé pojištění účinné podle odst. 6.6 tohoto článku, a končí posledním dnem příslušného účetního období. Poslední pojistné období začíná prvním dnem účetního období, ve kterém nastala skutečnost, se kterou tato rámcová smlouva či zákon spojuje konec pojištění, a končí dnem, ke kterému nastává konec pojištění.

6.2 Pokud není mezi pojištěným a pojistníkem dohodnuto jinak, stanoví se počátek jednotlivého pojištění takto:

a) na 00:00 hodin dne, kdy pojištěný začal čerpat úvěr, případně u kartového úvěru též kdy došlo k naúčtování úroku z úvěru nebo ceny za služby v souladu s úvěrovou smlouvou, je-li pojištění sjednáno v úvěrové smlouvě;

b) na 00:00 hodin dne nabytí účinnosti dodatku nebo dne, kdy pojištěný začal čerpat úvěr, případně u kartového úvěru též kdy došlo k naúčtování úroku z úvěru nebo ceny za služby v souladu s úvěrovou smlouvou, podle toho, která z těchto skutečností nastane později, je-li pojištění sjednáno v dodatku k úvěrové smlouvě;

c) na 00:00 hodin následujícího dne po dni sjednání přistoupení k pojištění v rámci resolicitačního programu za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména vyslovením telefonického souhlasu s přistoupením k pojištění nebo sjednáním přistoupení k pojištění prostřednictvím internetového bankovnictví nebo dne, kdy pojištěný načerpal úvěr, případně u kartového úvěru též kdy došlo k naúčtování úroku z úvěru nebo ceny za služby v souladu s úvěrovou smlouvou, podle toho, co nastane později.

6.3 Konec pojištění se stanoví na 24:00 hodin posledního dne platnosti úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které je pojištění sjednáno, případně na 24:00 hodin jiného dne, se kterým tato rámcová smlouva spojuje zánik pojištění, pokud není stanoveno v této rámcové smlouvě jinak.

6.4 Délka prvního a posledního pojistného období nemá vliv na výši pojistného.

6.5 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. 6.1 tohoto článku;

b) v případě změny v souboru pojištění, tj. změna souboru pojištění z dříve poskytovaných souborů pojištění na soubor pojištění Standard nebo na soubor pojištění Plus a dále změna ze souboru pojištění Standard na soubor pojištění Plus a naopak, se počátek pojištění v novém souboru pojištění stanoví na 00:00 hodin prvního dne účetního období následujícího bezprostředně po účetním období, v němž byla účinně sjednána taková změna;

c) v případě kombinace případů změn uvedených výše pod písmeny a) a b) tohoto odstavce 6.5 se počátek pojištění stanoví stejně jako v případě uvedeném pod písmenem b) tohoto odstavce 6.5.

6.6 Pojištění je platné po celou dobu trvání smlouvy o pojištění; pojištění je účinné po celou dobu, kdy je debetní zůstatek úvěrového účtu větší než 0 Kč.

Článek 7
Zánik jednotlivého pojištění

7.1 Pojištění zaniká některým z následujících okamžiků:

a) dnem zániku závazku pojištěného platit splátky úvěru (ukončení úvěrové smlouvy);

b) koncem pojistného období, v němž se pojištěný dožije 70 let věku; (v případě souboru pojištění

Standard nebo souboru pojištění Plus), respektive v roce, v němž se pojištěný dožije 75 let věku (v případě souboru pojištění S);

c) dnem smrti pojištěného;
d) dnem uznání invalidity 3. stupně pojištěnému; resp. vydáním průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P starobnímu důchodci
e) dnem, v němž byla mezi pojistníkem a pojištěným uzavřena písemná dohoda o ukončení pojištění a o způsobu vzájemného vyrovnání závazků; pojistitel tímto výslovně zmocňuje pojistníka k ukončení smluvního vztahu s pojištěným dohodou, která bude sjednána písemně a bude podepsána pojištěným i pojistníkem, resp. jeho oprávněným zaměstnancem v minimálně dvou vyhotoveních, z nichž alespoň jedno vyhotovení obdrží pojištěný a zbývající vyhotovení si ponechá pojistník;
f) oznámením pojistitele pojistníkovi nebo pojistníka pojistiteli o odstoupení od pojištění za podmínek § 2808 občanského zákoníku; zanikne-li pojištění odstoupením pojistitele od pojištění, jsou si smluvní strany této rámcové smlouvy povinny vrátit veškerá vzájemně poskytnutá plnění související s pojištěním, od něhož pojistitel odstoupil; pojistníkovi je vráceno zaplacené pojistné, snížené o náklady, jež pojistiteli vznikly v souvislosti se sjednáním a správou jednotlivého pojištění; případná pohledávka pojistitele za pojistníkem na vrácení jím vyplaceného pojistného plnění bude započtena proti pohledávce pojistníka za pojistitelem na vrácení pojistníkem zaplaceného pojistného;
g) dnem doručení oznámení pojistitele pojistníkovi o odmítnutí plnění za podmínek dle § 2809 občanského zákoníku;
h) 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;
i) 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.

7.2 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
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 (ceny) za udržování pojištění dle této rámcové smlouvy je vždy v aktuální výši uvedena v příslušném sazebníku (ceníku) pojistníka.

8.2 Pojistník je povinen uhradit sjednané pojistné za každé pojistné období za pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám a pojištěným 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 § 2831 občanského zákoníku, jsou povinni poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:

a) <u>V případě smrti pojištěného poskytnout pojistiteli</u>
   - vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události",
   - kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků,
   - úředně ověřenou kopii úmrtního listu,
   - sdělení lékaře o příčině úmrtí nebo kopii „Listu

o prohlídce mrtvého" (kopii pitevního protokolu),
  - v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR.

b) V případě invalidity 3. stupně 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 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 Pojištěný je povinen v případě hlášení pojistné události ztráty zaměstnání uvést a doložit, zda splňuje nebo k rozhodnému dni splňoval podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání.

9.3 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, popřípadě s osobami určenými způsobem uvedeným v § 2831 občanského zákoníku.

9.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považuje za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení dokladů či jiných dokumentů bude v tomto případě provedeno výhradně na náklady pojistitele, pokud o jejich provedení či předložení požádal. Náklady spojené s vyplněním formuláře „Hlášení pojistné událostí" 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 (§ 2798 odst. 2 občanského zákoníku), 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 § 2831 občanského zákoníku.

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

10.5 Oprávněnou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojištěný. Obmyšlenou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojistník.

10.6 <u>Pojistné plnění v případě smrti pojištěného – doplnění ustanovení čl. 4, odst. 1 VPP Kooperativy:</u>

a) Pojistné plnění v případě smrti pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu úmrtí včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě.

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 10.6 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

c) Maximální limit pojistného plnění je stanoven ve výši 100 000 Kč.

10.7 <u>Pojistné plnění v případě pojištění invalidity 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci – doplnění ustanovení čl. 4, odst. 2 VPP Kooperativy:</u>

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 (odchylně od ustanovení čl. 4, odst. 2 VPP Kooperativy) se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu uznání invalidity 3. stupně, 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.

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 10.7 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

d) Maximální limit pojistného plnění je stanoven ve výši 100 000 Kč.

e) Odchylně od ustanovení čl. 4 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.

10.8 Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného – doplnění ustanovení čl. 4, odst. 3 VPP Kooperativy:

a) Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 30 dní, po uplynutí této doby může klient žádat o pojistné plnění.

b) Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k rozhodnému dni (dni předcházejícímu datu vzniku pracovní neschopnosti pojištěného) včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě. Zvláštní čekací doba v délce osmi měsíců je stanovena pro případ pracovní neschopnosti výlučně z důvodu těhotenství.

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 10.8 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

d) Maximální limit jednoho pojistného plnění je stanoven ve výši 100 000 Kč, ve výši 500 000 Kč pro souhrn pojistného plnění z pojištění pracovní neschopnosti.

e) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu, anebo následkem nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 6 měsíců ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události a pojistitel není povinen z takové pojistné události plnit, neboť pojistné plnění z takové pojistné události již vyplatil. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 6 měsíců ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění v souladu s tímto odstavcem.

10.9 Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání – doplnění ustanovení čl. 4, 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, po uplynutí této doby může klient žádat o pojistné plnění.

b) Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k rozhodnému dni (dni předcházejícímu datu vzniku nezaměstnanosti pojištěného) včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě.

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 10.9 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

d) V případě, že pojistitel vyplatil pojistné plnění z jedné či více pojistných událostí způsobených ztrátou zaměstnání, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění z další pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání až po uplynutí 12 měsíců ode dne vyplacení pojistného plnění, a to v souladu s ustanovením VPP Kooperativy.

e) Maximální limit pojistného plnění je stanoven ve výši 100 000 Kč, ve výši 500 000 Kč pro

souhrn pojistného plnění z pojištění ztráty zaměstnání.

f) V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání i pracovní neschopnosti, vyplatí pojistitel v případě vzniku nároku na pojistné plnění z titulu jedné nebo obou pojistných událostí pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání pojistné plnění stanovené v souladu s odst. 10.8 a 10.9 této smlouvy, avšak dohromady maximálně do výše limitu pojistného plnění 100 000 Kč.

Článek 11
Výluky z pojištění

a) Pro pojištění platí výluky z pojištění uvedené ve VPP Kooperativy.

b) Odchylně od ustanovení čl. 18, 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).

c) Odchylně od ustanovení čl. 18, odst. 2, písm. g) 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

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 či 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 nesplaceného zůstatku 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.
f) v případech přistoupení k pojištění v rámci resolicitačního programu zajistit splnění povinností spojených s uzavíráním smluv na dálku, jak vyplývají z obecně závazných právních předpisů, a to v rozsahu, ve kterém se tyto předpisy použijí na vztahy vznikající v rámci přistoupení k pojištění.

Článek 13
Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

13.1 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.

13.2 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 dle tohoto odstavce 13.2, 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. 13.1 tohoto článku.

Článek 14
Závěrečná ustanovení

14.1 Rámcovou smlouvu lze měnit a doplňovat jen se souhlasem obou smluvních stran formou písemných a číslovaných dodatků, které budou podepsány osobami oprávněnými jednat a podepisovat za smluvní strany. Identifikační údaje týkající se smluvních stran a adresy pro listovní či elektronické doručování těmto stranám lze však měnit i jednostranným oznámením doručeným ostatním smluvním stranám a provedeným v dostatečném předstihu tou smluvní stranou, které se týkají, a to způsobem dle článku 23 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 komunikovat veškeré záležitosti týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, jakož i jejího plnění či porušení výhradně s druhou smluvní stranou této rámcové smlouvy, a to doručením písemností na její adresu uvedenou v záhlaví této rámcové smlouvy či zasíláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a opatřených 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. 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 Rámcová smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jeden stejnopis.

14.7 Smluvní strany prohlašují, že si tuto rámcovou smlouvu včetně jejích příloh před jejím podpisem přečetly, že s jejím zněním souhlasí a že byla uzavřena po vzájemném projednání dle jejich svobodné a vážné vůle, určitě a srozumitelně, že nebyla uzavřena v tísni ani za jinak jednostranně nevýhodných podmínek. Autentičnost této rámcové smlouvy potvrzují svým podpisem.

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

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

Informační list o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy

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

platný od 1. 1. 2019

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), 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 zdravotní 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 (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).

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 (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), 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 zdravotní 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) 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, jako jsou MULTIMA a.s. (IČO: 25056051) a Atos IT Solutions and Services, s.r.o. (IČO: 44851391), 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.

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: Pobřežní 665/21, Karlín, Praha 8, 186 00,
- 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.

Poznámky

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

MPV 5/11/2018/057

www.csas.cz
informační linka: 800 207 207

ČESKÁ spořitelna