



**Pojištění vyčerpané částky
ke kreditním kartám
České spořitelny**

ČESKÁ 
SPORITELNA
Jsme Vám blíž.

Úvod

Abyste se při používání Vaší kreditní karty cítili bezpečněji, připravili jsme pro Vás ve spolupráci s Pojišťovnou České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, **Pojištění vyčerpané částky ke kreditní kartě**. Sjednáním pojištění získáte v případě nepříznivých životních situací jistotu pojistné ochrany ve výši až 100 % Vaší vyčerpané částky na kreditní kartě.

Pojištění se mění podle Vašeho aktuálního zaměstnaneckého statusu a neplatíte jej, pokud je Vaše vyčerpaná částka 0 Kč (kreditní kartu nečerpáte).

V rámci Pojištění vyčerpané částky je klient pojištěný VŽDY pro případ:

- smrti,
- invalidity,
- pracovní neschopnosti,

a dále je pojištěn na jedno z následujících rizik (podle aktuálního stavu):

- pro případ ztráty zaměstnání:
pokud klient kdykoliv v průběhu platnosti pojištění **splňuje** podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, je automaticky pojištěn pro případ ztráty zaměstnání a není pojištěn pro případ hospitalizace,
- pro případ hospitalizace:
pokud klient kdykoliv v průběhu platnosti pojištění **nesplňuje** podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, je automaticky pojištěn pro případ hospitalizace a není pojištěn pro případ ztráty zaměstnání.

Jaké jsou výhody pojištění?

Pro vstup do pojištění stačí učinit prohlášení potvrzující, že splňujete podmínky nezbytné pro přistoupení k pojištění. Nemusíte na lékařskou prohlídku ani vyplňovat složité formuláře. V případě pojistné události obdržíte pojistné plnění přímo na svůj účet.

Poplatek za pojištění je inkasován v rámci povinné měsíční splátky, a to pouze pokud byla karta používána. Variabilita pojištění podle Vašeho aktuálního zaměstnaneckého stavu.

Kdo je v rámci pojištění pojištěn?

Pojištěným je majitel kartového účtu, který prohlásil, že splňuje podmínky pro přistoupení k pojištění.



Jaké jsou podmínky sjednání?

Pojištění vyčerpané částky si můžete sjednat, pokud:

- jste seznámen s rámcovou smlouvou a všeobecnými pojistnými podmínkami, porozuměl jste jim a souhlasíte s nimi, plné znění dokumentů najdete na konci této brožury,
- uzavřel jste smlouvu na revolvingový úvěr Peníze na klik České spořitelny,
- jste mladší 60 let,
- jste zdravý,
- nejste uznán invalidním 1., 2. nebo 3. stupně,
- nejste v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků,
- nejste v pracovní neschopnosti.

Záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé prohlášení mohou mít za následek odstoupení od pojištění a jeho zrušení od samého počátku.

Při sjednání pojištění jste pro případ ztráty zaměstnání pojištěn, pokud:

- jste zaměstnán v pracovním poměru na dobu neurčitou nepřetržitě v předcházejících 12 měsících,
- nejste ve zkušební době,
- neběží Vám výpovědní doba pracovního poměru nebo již nevedete či s Vámi není vedeno jednání o skončení pracovního poměru.

V průběhu trvání pojištění jste pro případ ztráty zaměstnání pojištěn, pokud:

- jste zaměstnán v pracovním poměru na dobu neurčitou nepřetržitě v předcházejících 12 měsících,
- nejste ve zkušební době.

Pokud nesplňujete podmínky pro případ ztráty zaměstnání, jste pojištěn pro případ hospitalizace.

V případě zjištění nesplnění podmínek pro vstup do pojištění (uvedení nepravdivých nebo neúplných údajů) může dojít k odstoupení od pojištění. Odstoupením se pojištění od počátku ruší a zároveň dojde k finančnímu vyrovnání závazků.

Příklad:

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

Cena pojištění

Cena pojištění je uvedena v aktuálním ceníku České spořitelny, a.s.

Výše ceny je stanovena z výše aktuální čerpané částky na konci účetního období.

V případě, že nečerpáte kreditní kartu, tj. Vaše vyčerpaná částka je 0 Kč, za pojištění neplatíte.



Limity pojistného plnění

Podmínky vzniku nároku na pojistné plnění a dopad pojistné události na platnost pojištění

Pojistné riziko	Pojistné plnění (k datu vzniku pojistné události)	Limit pojistného plnění (na 1 pojistnou událost)
Úmrtí	100 % vyčerpané částky	max. 80 000 Kč
Invalidita	100 % vyčerpané částky	max. 80 000 Kč
Pracovní neschopnost	100 % vyčerpané částky	max. 80 000 Kč
Ztráta zaměstnání	100 % vyčerpané částky	max. 80 000 Kč
Hospitalizace	300 Kč/den (vypláceno od 4. dne hospitalizace)	max. 30 dní

Pojistné riziko	Podmínky vzniku nároku na pojistné plnění	Dopad pojistné události na platnost pojištění
Úmrtí	Úmrtí pojištěného	Zánik pojištění ke dni úmrtí
Invalidita	Uznání invalidním 3. stupně	Zánik pojištění ke dni uznání invalidity 3. stupně
Pracovní neschopnost	Pracovní neschopnost nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní	Pojištění zůstává v platnosti
Ztráta zaměstnání	Nezaměstnanost nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní* po uplynutí čekací doby**	Pojištění zůstává v platnosti
Hospitalizace	Hospitalizace nepřetržitě alespoň 3 kalendářní dny po uplynutí čekací doby**	Pojištění zůstává v platnosti

*ode dne registrace na úřadu práce

**90 dnů od počátku pojištění (v této lhůtě hospitalizace / ztráta zaměstnání pojištěného není považována za pojistnou událost)

Jak se poskytuje pojistné plnění?

Pracovní neschopnost

Bude-li Vaše pracovní neschopnost trvat déle než 60 dnů a splníte-li podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, vyplatí Vám pojišťovna jednorázovou částku ve výši až 100 % vyčerpané částky na Vaší kreditní kartě k datu vzniku pojistné události.

Dojde-li k pracovní neschopnosti v průběhu doby vícekrát, vyplatí Vám pojišťovna plnění za každé léčení (pojištění po jedné výplatě nezaniká).

Příklad pojistného plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného

Klient uzavřel 10. 12. Pojištění vyčerpané částky. V následujícím roce onemocněl a od 15. 3. byl v pracovní neschopnosti. Dnem 13. 5. byl 60. den v pracovní neschopnosti a jeho nesplacený zůstatek úvěru včetně dlužných úroků a úhrad byl k datu počátku pracovní neschopnosti 7 450 Kč. Klient splnil podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění.



Ztráta zaměstnání

Pojišťovna stanovila čekací dobu v délce 90 dnů ode dne sjednání pojištění, ve které není ztráta zaměstnání považována za pojistnou událost. Pokud budete více než 60 dnů po uplynutí čekací doby nezaměstnán/a (počítáno ode dne registrace na úřadu práce) a splňovat podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, pojišťovna Vám vyplatí jednorázovou částku ve výši až 100 % vyčerpané částky na Vaší kreditní kartě k datu vzniku pojistné události. Při opakované ztrátě zaměstnání hradí pojišťovna vícekrát v průběhu pojištění (riziko nezaniká).

Příklad pojistného plnění v případě ztráty zaměstnání pojištěného

Klient uzavřel 4. 11. Pojištění vyčerpané částky. V následujícím roce ztratil zaměstnání a 15. 3. se registroval na úřadu práce. Dnem 13. 5. byl 60. den registrovaný na úřadu práce a jeho nesplacený zůstatek úvěru včetně dlužných úroků a úhrad byl k datu počátku nezaměstnanosti 16 390 Kč. Klient splnil podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění.



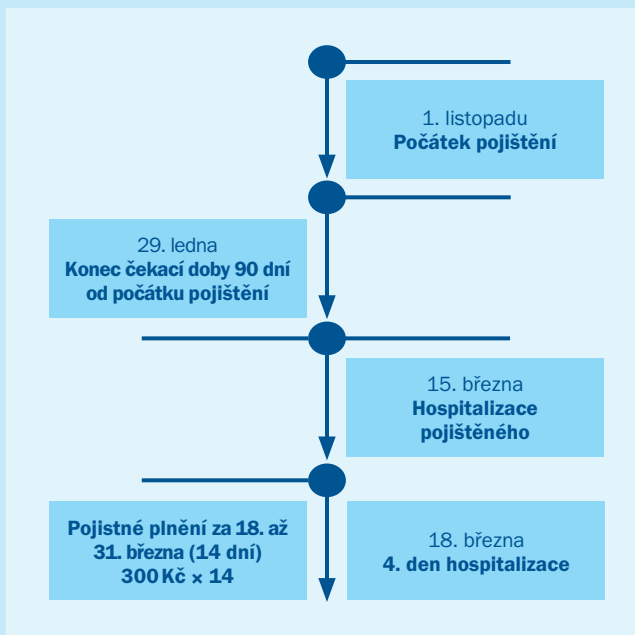
Hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu

Pojišťovna stanovila čekací dobu v délce 90 dnů ode dne sjednání pojištění, ve které není hospitalizace považována za pojistnou událost. Pojistnou událostí je nemoc nebo úraz, jejichž přímým důsledkem je z lékařského hlediska nutná hospitalizace.

Trvá-li Vaše hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu alespoň 3 dny a splníte-li podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, uhradí Vám pojišťovna za každý kalendářní den trvání hospitalizace od 4. dne pojistnou částku 300 Kč, po dobu maximálně 30 po sobě jdoucích dní. Pojišťovna plní opakovaně (pojištění nezaniká).

Příklad pojistného plnění v případě hospitalizace

Klient uzavřel 1. 11. Pojištění vyčerpané částky. Dne 15. 3. následujícího roku byl hospitalizován s komplikovanou zlomeninou nohy. V důsledku tohoto úrazu byl hospitalizován až do konce měsíce března. Klient splnil podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění.

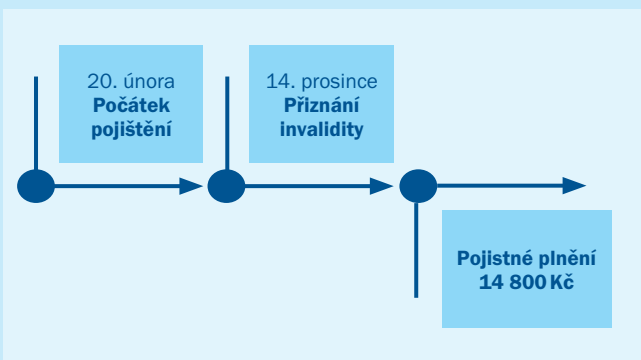


Invalidita

V případě, že Vám bude uznána invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení (nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění – neplatí pro úraz) a že splníte podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, vyplatí Vám pojišťovna jednorázovou částku ve výši až 100 % vyčerpané částky na Vaší kreditní kartě k datu uznání invalidity.

Příklad pojistného plnění v případě uznání invalidity pojištěnému

Klient uzavřel 20. 2. Pojištění vyčerpané částky. Během roku se mu stal úraz a 14. prosince mu byla přiznána invalidita. Jeho nesplacený zůstatek úvěru včetně dlužných úroků a úhrad činil 14 800 Kč. Klient splnil podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění.



Úmrtí

V případě úmrtí a při splnění podmínek pro vznik nároku na pojistné plnění pojišťovna uhradí bance částku ve výši až 100 % vyčerpané částky na kreditní kartě pojištěného k datu vzniku pojistné události.

Příklad pojistného plnění v případě úmrtí pojištěného

Klient uzavřel 1. 3. Pojištění vyčerpané částky. V následujícím roce 23. 7. zemřel při dopravní nehodě. V den úmrtí byl nesplacený zůstatek úvěru včetně dlužných úroků a úhrad ve výši 20 000 Kč. Klient splnil podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění.

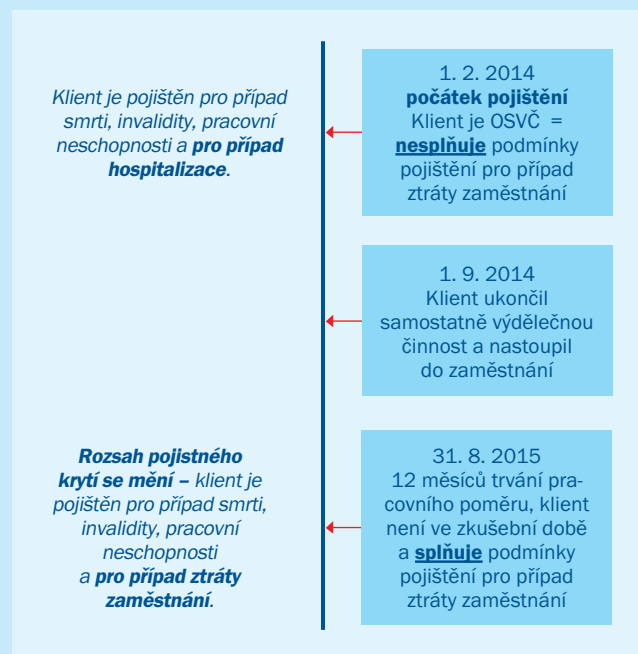


Příklady pojištění a změn

Příklad č. 1 – Změna pojištění pro případ ztráty zaměstnání na pojištění pro případ hospitalizace



Příklad č. 2 – Změna pojištění pro případ hospitalizace na pojištění pro případ ztráty zaměstnání



Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

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

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

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY**

**Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32
150 00 Praha 5.**

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

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY**

**Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32
150 00 Praha 5**

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

Výluky z pojištění

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

Přehled vybraných výluk v případě všech druhů pojištění:

- sebevražda nebo pokus o sebevraždu (do dvou let od sjednaného počátku pojištění),
- pojistné události způsobené pojištěným úmyslně,
- vybrané profesionálně provozované sporty a sportovní aktivity,
- onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.
- Za pojistnou událost nejsou považovány pojistné události vzniklé v čekací době.

Vybrané výluky pro pojištění pracovní neschopnosti:

- opakování nemocí, (léčení stejné nemoci/úrazu, za které již bylo vyplaceno max. pojistné plnění)
- únavový syndrom,
- degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží,
- astenie, depresivní stavy, psychické poruchy a neurozy,
- porod, dobrovolné přerušování těhotenství a jejich důsledky.

Nejčastější dotazy

Vybrané výluky pro pojištění ztráty zaměstnání:

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

Vybrané výluky pro pojištění hospitalizace:

- případy pokračování a recidivy nemocí,
- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí)
 - diagnózy F00 - F99,
- 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,
- V případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů v rámci jedné pojistné události.

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

Může si klient sjednat Pojištění vyčerpané částky dodatečně k již dříve vydané kartě?

Ano. Pojištění lze sjednat kdykoliv v průběhu platnosti karty. Počátek pojištění je stanoven na den podpisu dodatku k úvěrové smlouvě, v němž pojištěný vyjádří souhlas se svým pojištěním, případně den nabytí účinnosti dodatku, je-li dodatek sjednán s odloženou účinností.

Může si sjednat pojištění klient, který je OSVČ?

Ano. Klient (OSVČ) si může sjednat Pojištění vyčerpané částky, přičemž pojištění zahrnuje pojištění **pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a hospitalizace**. Pokud klient v průběhu trvání pojištění ukončí samostatně výdělečnou činnost, uzavře pracovní poměr a bude splňovat podmínky pro pojištění pro případ ztráty zaměstnání, bude od okamžiku splnění těchto podmínek pojištěn **pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání**.

Může si sjednat pojištění klient, který je ve zkušební době?

Ano. Klient bude po dobu trvání zkušební doby pojištěn pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a hospitalizace. Po skončení zkušební doby se pojištění pro případ hospitalizace změní na pojištění pro případ ztráty zaměstnání, pokud klient splňuje ostatní podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání.

Vztahuje se pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti také na pracovní úrazy?

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

Může se pojistit invalidní klient?

Ne. Klient, který je invalidní (invalidita 1., 2., nebo 3. stupně), nesplňuje podmínky pro vstup do pojištění a nemůže být pojištěn.

Může se pojistit i klient, který byl v průběhu posledního roku zaměstnán u dvou různých společností, přičemž mu pracovní poměr navazoval bez přerušení?

Ano. Důležité je, aby byl klient zaměstnán bez přerušení posledních 12 měsíců a splňoval ostatní podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání.

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

Na mateřskou dovolenou žena nastupuje v souladu se zákoníkem práce 6–8 týdnů před porodem – to znamená, že pokud v prvních zhruba 8 měsících těhotenství bude v pracovní neschopnosti, nárok na plnění jí vzniká (samozřejmě pokud to nebude za okolností uvedených ve výlukách všeobecných pojistných podmínek nebo ve zvláštní čekací době - 8 měsíců od počátku pojištění). Od data, kdy nastoupí na mateřskou dovolenou, jí nárok na plnění nevzniká, protože pobírá od státu peněžitou pomoc v mateřství, a to ať je nemocná, či není.

Má klient v případě hospitalizace, která trvá déle než 3 dny, nárok na pojistné plnění i za první 3 dny trvání hospitalizace?

Ne. V případě hospitalizace hradí pojišťovna částku 300 Kč za každý kalendářní den od 4. dne trvání hospitalizace, maximálně 30 dní.

Jaké pojistné plnění je vyplaceno v případě uznání invalidity?

V případě uznání invalidity 3. stupně vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění ve výši 100 % vyčerpané částky na kreditní kartě klienta k datu uznání invalidity.

Lze pojistnou událost uplatnit zpětně?

Ano, pojistnou událost lze uplatnit i zpětně v zákonné lhůtě (3 roky + 1 rok u neživotních typů pojištění, včetně pojištění invalidity, anebo 10 let + 1 rok u životních pojištění pro případ smrti).

V případě, že klient kreditní kartu nepoužívá (tzn. zůstatek na kartě je roven nule), bude platit poplatek za pojištění?

Ne, poplatek za pojištění bude klient platit pouze v případě, že kartu používá – tzn. kartový účet, ke kterému byla karta vydána, vykazuje na konci účetního období čerpání úvěru.

Úplné znění podmínek týkajících se Pojištění vyčerpané částky ke kreditním kartám České spořitelny je uvedeno v Rámcové pojistné smlouvě č. ČSBC 1/2013 (včetně dodatků) a dále ve všeobecných pojistných podmínkách. Oba dokumenty jsou v plném znění součástí této informativní brožury.

Přílohy

Všeobecné pojistné podmínky Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group



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

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO SKUPINOVÉ POJIŠTĚNÍ SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

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

OBECNÁ USTANOVENÍ

ČLÁNEK 1 – základní pojmy

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

- a) **běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- b) **čekací doba** – lhůta ve dnech stanovená ve smlouvě ode dne sjednaného jako počátek pojištění, v této lhůtě nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z události, které by jinak byly pojistnými událostmi; tato lhůta se uplatňuje také v případech dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného
- c) **nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není

- jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku
- d) **nezaměstnaná osoba** – každá osoba, která není zaměstnána v pracovním poměru nebo obdobném právním vztahu ani nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a která je v České republice registrována na příslušném úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání
- e) **nezaměstnanost** – stav nezaměstnané osoby dle kritérií uvedených v těchto pojistných podmínkách pro ztrátu zaměstnání
- f) **obmyslený** – osoba určená ve smlouvě nebo dle zákona, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- g) **oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti, invalidity nebo v případě nezaměstnanosti v důsledku ztráty zaměstnání
- h) **invalidita** – skutečnost, kdy je pojištěnému během pojistné doby přiznána podle platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci
- i) **pojistitel** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona; pro účely smlouvy je to Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
- j) **pojistná částka** – smlouvou dohodnutá částka, kterou je pojistitel povinen vyplatit v případě pojistné události
- k) **pojistná doba** – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno; pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem uvedeným jako počátek pojištění a končí dnem uvedeným jako konec pojištění v pojistné smlouvě
- l) **pojistná událost** – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- m) **pojistné období** – časové období dohodnuté ve smlouvě, za které platí pojistník pojistné
- n) **pojistné plnění** – peněžité plnění, které je pojistitel podle smlouvy povinen vyplatit oprávněné nebo obmyslené osobě, nastane-li pojistná událost
- o) **pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím
- p) **pojistník** – právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela smlouvu a je povinna platit stanovené pojistné
- q) **pojištění obnosové** – pojištění, jehož účelem je získání obnosu, tj. dohodnutého pojistného plnění v důsledku pojistné události smrti nebo invalidity 3. stupně ve výši, která je nezávislá na vzniku nebo rozsahu škody
- r) **pojištění škodové** – pojištění, jehož účelem je náhrada škody vzniklé v důsledku pojistné události pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání
- s) **pojištěný** – osoba, na jejíž život, zdraví nebo změnu osobního postavení se pojištění vztahuje

- t) **pověřené zdravotnické zařízení** – zdravotnické zařízení, se kterým má pojistitel smluvně dohodnutou spolupráci a které dle ustanovení zákona pojistitel pověřil zjišťováním a přezkoumáním zdravotního stavu pojištěného
- u) **pracovní neschopnost** – celková lékařem konstatovaná neschopnost pojištěného vykonávat jakoukoliv profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk v důsledku úrazu nebo nemoci za podmínky, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti pojištěný skutečně tuto profesní činnost vykonával
- v) **rámcová pojistná smlouva** (dále jen „smlouva“) – smluvní vztah uzavřený mezi pojistitelem a pojistníkem, na jehož základě jsou sjednávána pojištění jednotlivých pojištěných
- w) **úraz** – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během pojistné doby a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.

ČLÁNEK 2 – druhy pojištění

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

ČLÁNEK 3 – rozsah pojištění

1. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD SMRTI Z JAKÝCHKOLIV PŘÍČIN

Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde během pojistné

doby. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit obmyšlené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) pojištění zaniká smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

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

2. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

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

Předpoklady pro přiznání invalidity:

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

Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

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

nosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě. Přiznáním následné (opětovné) invalidity pojištění zaniká.

Pojistné plnění v případě invalidity pojištěného:

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

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

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

Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

- a) Nárok na pojistné plnění z důvodu pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
- b) Plněním v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného nezaniká, s výjimkou případu dovršení horní hranice pojistného plnění uvedeného ve smlouvě.
- c) Pro účely těchto pojistných podmínek se má za to, že pracovní ne-

schopnost u pojištěného nastala ode dne uvedeného v Potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojistiteli předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveného lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v jehož lékařské péči pojištěný byl nebo je v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pokud není na Potvrzení o pracovní neschopnosti uvedeno příslušné číslo diagnózy, je pojištěný povinen doložit samostatně lékařské potvrzení s příslušným číselným označením diagnózy již při oznámení pracovní neschopnosti pojistiteli a následně při pokračování pracovní neschopnosti.

- d) Pojistitel neplní v případě pokračování a recidivy (opakování) nemoci; neplní za následky nemoci nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.
- e) Pojistitelem je stanovena čekací doba v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného jako vznik pojištění dle ustanovení platné smlouvy. Tato lhůta bude uplatněna pouze v případě dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného. V této lhůtě pracovní neschopnost není považována za pojistnou událost a oprávněné osobě nevzniká nárok na pojistné plnění.
- f) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.
- g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního a druhého pojištěného se stejným datem vzniku pracovní neschopnosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou pracovních neschopností poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou.
- h) Pokud jedna pracovní neschopnost pojištěného skončí a druhá pra-

covní neschopnost pojištěného dále pokračuje, bude poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY ZAMĚŠTNÁNÍ

Pojistnou událostí je nezaměstnanost pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání v pracovním nebo ve služebním poměru, přičemž nezaměstnanost pojištěného musí trvat nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní (mimo čekací dobu) a musí k ní dojít během pojistné doby. Čekací doba je v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného jako počátek pojištění pojistnou smlouvou. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost pojištěného nejsou považovány za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě.

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného:

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

události, která nastala jako druhá v pořadí, poskytuje dále pojistitel plnění za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události jsou jinak splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události.

ČLÁNEK 4 – uzavření smlouvy

1. Smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
2. Pojištění vzniká pro každého pojištěného za podmínek uvedených ve smlouvě.
3. V případě, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od zjištění této skutečnosti oznámení o zániku pojištění. V tomto případě pojistiteli nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku ve smlouvě označenou jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o zániku pojištění.
4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
5. Pojistník a pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
6. Pojištěný je zejména povinen umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jeho zdravotní stav, oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.
7. Na základě písemného souhlasu pojištěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě, pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby

i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěný zprošťuje od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní. Skutečnosti, týkající se pojištění, a skutečnosti, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovněm, popř. jejich společným institucím nebo v souladu s právním předpisem.

8. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
9. Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakékoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li ve smlouvě ujednáno jinak.

ČLÁNEK 5 – forma právních úkonů

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

ČLÁNEK 6 – zpracování osobních údajů pojištěného

1. Pojištěný vyslovením souhlasu se smlouvou v souvislosti se svým přihlášením do pojištění současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), aby jeho osobní údaje včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, za účelem pojištění (resp. likvidace pojistných událostí), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Pojištěný prohlašuje, že byl v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů a správců osobních údajů. Pojištěný souhlasí s předáváním svých osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona o ochraně osobních údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný

v souladu s ust. § 16 zákona o ochraně osobních údajů Úřadem pro ochranu osobních údajů. Tento souhlas je pojištěným udělován i pro účely získávání údajů o jeho zdravotním stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (pověřených zdravotnických zařízení) v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a opravňuje tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i o jeho smrti, pojistiteli sdělovat a dále zmocňuje příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Pojištěný výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s navrženým pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.

2. Pojistitel prohlašuje, že bude dodržovat veškeré povinnosti 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.

ČLÁNEK 7 – změny pojištění

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

ČLÁNEK 8 – pojistné a placení pojistného

1. Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena ve smlouvě.
2. Výše a splatnost pojistného se určují podle sazeb pro jednotlivá pojištění a jsou uvedeny ve smlouvě, popř. v platném sazebníku pojistníka.
3. Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým ve smlouvě jako počátek pojištění. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění

zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.

4. Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.
5. Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.

ČLÁNEK 9 – pojistná událost

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

A. Povinnosti pojištěného:

- a) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření a pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, vyplnit formulář „Hlášení pojistné události“, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě.
- b) Podat pravdivě vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem.
- c) Řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pois-

titele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření.

- d) Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- e) Oznamit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.
- f) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření.
- g) Řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim.
- h) Pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklady vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

B. Důsledky porušení povinností:

- a) Pojistitel není povinen plnit, jestliže pojištěný nebo osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě porušila povinnosti uvedené v článku 9 bod A písm. b), d) a dále v případě písm. f), pokud nelze nezpochybnitelně prokázat datum vzniku pojistné události.
- b) Pokud mělo porušení povinností uvedených v zákoně nebo ve smlouvě podstatný vliv na vznik pojistné události, její průběh nebo na zvětšení rozsahu jejích následků anebo na zjištění nebo určení pojistného plnění, může pojistitel pojistné plnění ze smlouvy snížit úměrně tomu, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinnosti plnit.

C. Povinnosti pojistitele:

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

ČLÁNEK 10 – pojistné plnění

1. Pojistné plnění je omezeno horní hranicí, danou pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění ve smlouvě.
2. V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou.

zové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou.

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

ČLÁNEK 11 – omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
 - b) došlo-li k úrazu u pojištěného v důsledku požití alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události, to odůvodňují; jedná-li se však o pojistnou událost smrt po-

jištěného v důsledku úrazu, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt. To neplatí, pokud návykové látky podle věty první byly obsaženy v lécích, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

2. Pojistitel může plnění ze smlouvy odmítnout, jestliže:
 - a) příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době uzavření smlouvy toto pojištění neuzavřel nebo je uzavřel za jiných podmínek, nebo došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem,
 - c) pojištěný nemá právo na pojistné plnění, jestliže si úmyslně poškodil zdraví nebo z jeho podnětu jiná osoba,
 - d) pojištěný uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
3. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojištěný v době přistoupení ke smlouvě věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
4. Za zachraňovací náklady ve smyslu zákona nejsou považovány náklady na rekvalifikaci, změny nebo zvyšování kvalifikace při hrozbě nebo již vzniklé ztrátě zaměstnání, případně jakékoliv plnění vynaložené pojištěným ve prospěch zaměstnavatele za účelem zabránění ztráty zaměstnání mimo vůli pojištěného.

ČLÁNEK 12 – vyluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen plnit v případě **všech druhů** pojištění za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - a) pojistná událost byla způsobena pojištěným úmyslně,
 - b) pojistná událost byla způsobena přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů,
 - c) pojistná událost byla způsobena přímo či nepřímo způsobenými 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 motivo-

vaném 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 činností 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 výřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato vyluka se však nevztahuje na případy jasně prokázaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními,
 - e) v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz,
 - f) při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách,
 - g) v důsledku pohlavní nákazy a v důsledku nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného jako počátku pojištění,
 - h) v důsledku jakékoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření,
 - i) po přechodu z nemocniční péče do léčby či ošetřování v domácnosti, byla-li nemocniční péče ukončena na vlastní žádost (revers),

- j) porod, dobrovolné přerušení těhotenství a jejich důsledky,
 - k) pracovní neschopnost v důsledku mateřství, která nastane po dobu, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství,
 - l) v případě zdravotních prohlídek, vyšetření, hospitalizací, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojištěný sám dobrovolně vyžádá,
 - m) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.
3. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění ztráty zaměstnání** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
- a) ztráta zaměstnání pojištěného, která je pojištěnému zaměstnavatelem předběžně oznámena již před datem sjednaným jako sjednání pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednaným jako počátek pojištění,
 - b) ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinností vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojištěným jako zaměstnancem vykonávané práci, nebo proto, že pojištěný nespĺňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce, nebo proto, že pojištěný nespĺňuje 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, výjma 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 výjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou po pravomocně prohlášeném úpadku zaměstnavatele nebo byl zapsán do obchodního rejstříku jeho vstup do likvidace,
 - d) ztráta zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
 - e) ztráta zaměstnání v důsledku předčasného nebo i řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou,
 - f) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.

ČLÁNEK 13 – doručování a vzájemná komunikace

1. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou zásilkou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou ve smlouvě nebo na korespondenční

adresu později písemně oznámenou pojistiteli, pokud došlo ke změně korespondenční adresy.

Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem a výsledky šetření pojistné události.

2. Veškerá písemná sdělení učiněná pojistiteli se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.
3. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
4. Pojistitel je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistníkem, pojištěným, případně oprávněnou či obmyšlenou osobou, a to v souvislosti se správou pojištění, řešením pojistných událostí nebo nabídkou produktů a služeb pojistitele a členů Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a členy pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby.
5. Pojistník je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistitelem, pojištěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, a to v souvislosti se správou pojištění. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva.
6. Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojištěný pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.

ČLÁNEK 14 – právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

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

ČLÁNEK 15 – rozhodné právo

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

Rámcová pojistná smlouva / Pojistka č. ČSBC 1/2013

(dále jen „rámcová smlouva“)

ČLÁNEK 16 – závěrečná ustanovení

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

(VPP SKUP 1) 01/2010

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

zastoupená: Ing. Tomášem Salomonem, předsedou představenstva
Ing. Danielou Peškovou, členkou představenstva

POJISTITEL

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

se sídlem: náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí

Pardubice, PSČ 530 02

IČO: 47452820, DIČ: CZ47452820

DIČ pro DPH: CZ699000955, člen skupiny

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

zastoupená: RNDr. Petrem Zapletalem, MBA, předsedou představenstva
Ing. Tomášem Vaničkem, MBA, členem představenstva

OBSAH RÁMCOVÉ SMLOUVY

Článek 1	Úvodní ustanovení
Článek 2	Obecná ustanovení
Článek 3	Doba platnosti rámcové smlouvy
Článek 4	Rozsah pojištění
Článek 5	Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění, 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 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
-----------	--

Článek 1

Úvodní ustanovení

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

Článek 2

Obecná ustanovení

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

- 2.1 **Pojištěný** – fyzická osoba, klient pojistníka (majitel kartového úvěrového účtu podle úvěrové smlouvy), která splnila podmínky pro vstup do pojištění uvedené v článku 5 této rámcové smlouvy.
- 2.2 **Splátka úvěru** – pravidelná splátka úvěru (v úvěrové smlouvě označovaná též jako úhrada), k jejíž úhradě se pojištěný zavázal v úvěrové smlouvě, včetně příslušných úroků z úvěru a příslušného měsíčního poplatku (ceny) za vedení kartového úvěrového účtu a poplatku (ceny) za udržování pojištění dle této rámcové smlouvy, sjednaných v úvěrové smlouvě.
- 2.3 **Úvěrová smlouva** – smlouva uzavřená mezi pojistníkem a klientem pojistníka, na jejímž základě je pojistníkem zřízen kartový úvěrový účet a v níž se pojistník zavázal poskytnout klientovi pojistníka úvěr, který je možno čerpat zejména kartou. Za úvěrovou smlouvu se považuje rovněž příslušná část kombinované smlouvy týkající se úvěru dle odst. 2.5 tohoto článku.
- 2.4 **Kombinovaná smlouva** – smlouva uzavřená mezi pojistníkem a klientem pojistníka, ve které je současně sjednáno poskytnutí hotovostního úvěru a poskytnutí úvěru dle odst. 2.5 tohoto článku, přičemž část smlouvy týkající se poskytnutí úvěru dle odst. 2.5 tohoto článku má odloženou účinnost.

- 2.5 **Úvěr** – úvěr poskytnutý pojistníkem na základě úvěrové smlouvy, s možností opakovaného čerpání a splácení úvěru, až do sjednané výše.
- 2.6 **Resolucitační program** – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle rámcové smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetového bankovníctví.
- 2.7 **Soubor pojištění** – soubor pojištění dle odst. 4.1 článku 4 této rámcové smlouvy.
- 2.8 VPP Pojišťovny České spořitelny – Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, jejichž aktuální znění tvoří přílohu I této rámcové smlouvy.
- 2.9 **Kartový úvěrový účet** – účet zřízený pojistníkem pro klienta pojistníka na základě úvěrové smlouvy za účelem čerpání a splácení úvěru, k němuž může být vydána jedna či více karet.
- 2.10 **Karta** – kreditní karta vydávaná pojistníkem pro klienta pojistníka ke kartovému úvěrovému účtu, prostřednictvím které je možno čerpat úvěr.
- 2.11 **Invalidita** – skutečnost, kdy je pojištěnému během pojistné doby přiznána podle platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci.
- 2.12 **Pojistné nebezpečí** – možná příčina vzniku pojistné události.
- 2.13 **Rozhodný den** – den předcházející dni, ve kterém pojištěný (i) obdrží nebo podá výpověď z pracovního poměru, nebo (ii) zruší okamžitě pracovní poměr nebo se dozví o okamžitém zrušení poměru ze strany zaměstnavatele, nebo (iii) obdrží nebo podá návrh na skončení pracovního poměru dohodou.
- 2.14 **Hospitalizace** – poskytnutí nemocniční lůžkové péče pojištěnému, které je z lékařského hlediska nezbytné pro léčení úrazu nebo nemoci pojištěného.

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 poskytovaní 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 a pro případ ztráty zaměstnání** nebo **Pojištění pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu**
- 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 Fyzická osoba (klient pojistníka) – majitel kartového úvěrového účtu podle úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k souboru pojištění **Pojištění vyčerpané částky** dle této rámcové smlouvy

pouze za předpokladu, že splnila ke dni vzniku pojištění veškeré podmínky uvedené níže v tomto odstavci 5.1:

V rámci úvěrové smlouvy nebo dodatku k úvěrové smlouvě (pro účely této rámcové smlouvy se za dodatek považuje též změnový list k úvěrové smlouvě) podepsala prohlášení potvrzující, že splňuje níže uvedené podmínky:

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

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

- je srozuměna a souhlasí s tím, že sjednané přistoupení k pojištění se řídí touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny, které jsou k dispozici na webových stránkách pojistníka (www.csas.cz) a které jí budou zaslány neprodleně po sjednání přistoupení k pojištění;
- je mladší 60 let;
- je zdráva;
- není uznána invalidní;
- není v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků;
- není v pracovní neschopnosti;

- souhlasí, aby si v případě pojistné události pojistitel vyžádal údaje o jejím zdravotním stavu za účelem šetření a likvidace pojistných událostí;
- 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 v souladu se zákonem o pojistné smlouvě jakékoli záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé prohlášení bude mít za následek odstoupení od pojištění a jeho zrušení od samého počátku.

5.2 Klient je každý jednotlivý den, avšak nejpozději rozhodný den, pojištěn pro případ **smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání** a není pojištěn pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu, není-li dále uvedeno jinak, pokud (i) k datu přistoupení k pojištění splňoval podmínky pro vstup do pojištění uvedené v odst. 5.1 a zároveň (ii) v daný den splňuje následující podmínky:

- je zaměstnán v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a byl zaměstnán v pracovním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících,
- není ve zkušební době,
- nedal ani neobdržel výpověď z pracovního poměru (není ve výpovědní době), nezrušil se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani mu nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržel od zaměstnavatele ani nezaslal zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou (tyto podmínky dále také jen jako „podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání“).

Klient je každý jednotlivý den, avšak nejpozději rozhodný den, pojištěn pro případ **smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu** a není pojištěn pro případ ztráty zaměstnání, není-li dále uvedeno jinak, pokud k datu přistoupení k pojištění splňoval podmínky pro vstup do pojištění uvedené v odst. 5.1, ale v daný den **nesplňuje** jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání.

5.3 Změny typu pojištění (klient je k datu počátku pojištění pojištěn pro riziko ztráty zaměstnání):

5.3.1 V případě, že klient splňuje k datu přistoupení k pojištění všechny podmínky pro vznik pojištění dle odst. 5.1 této smlouvy a zároveň podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, je platně pojištěn od počátku

pojištění pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání. V případě, že v průběhu trvání pojištění dojde u osoby pojištěného ke změně osobního stavu tak, že přestane splňovat jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání, pak:

- Pokud se jedná o událost, která **je** pojistnou událostí (např. výpověď z důvodu nadbytečnosti), pak po dobu ode dne následujícího po rozhodném dni do dne vzniku pojistné události a dále po dobu trvání pojistné události nezaměstnanosti (60 dní od vzniku), resp. po dobu trvání povinnosti pojistitele plnit z titulu pojistné události, **nedojde ke změně rozsahu pojištění** a taková osoba je i nadále pojištěna pro případ ztráty zaměstnání, a to až do skončení pojistné události nezaměstnanosti (60 dní od vzniku). Poté se rozsah pojištění změní tak, že je osoba pojištěna pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu a není pojištěna pro případ ztráty zaměstnání.
- Pokud se jedná o událost, která **není** pojistnou událostí – rozsah pojištění se změní tak, že od okamžiku, kdy přestane splňovat podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání (např. pokud obdrží výpověď z důvodu, pro který by mohl být pracovní poměr okamžitě ukončen nebo se stane osobou zaměstnanou pouze na dobu určitou), je taková osoba pojištěna pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu a není pojištěna pro případ ztráty zaměstnání.

V případě, že během dalšího průběhu pojištění dojde u osoby pojištěného ke změně osobního stavu tak, že bude splňovat podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, změní se rozsah pojištění takové osoby tak, že je od okamžiku splnění těchto podmínek pojištěna pro případ **ztráty zaměstnání** a není pojištěna pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu, nestanoví-li tato smlouva jinak.

5.3.2 Změny dle předchozího odstavce nastávají automaticky a pojištěný je povinen v případě hlášení pojistné události hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu nebo ztráty zaměstnání uvést, zda splňuje nebo k rozhodnému dni splňoval podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, a poskytnout pojistiteli v souvislosti s šetřením pojistné události veškerou součinnost. Splnění podmínek pro platnost pojištění

pro případ ztráty zaměstnání se posuzuje nejpozději k rozhodnému dni. V případě, že podmínky pro změnu rozsahu pojištění jsou splněny v průběhu doby trvání pojistné události, ke změně rozsahu pojištění dojde až v okamžiku skončení pojistné události, resp. v okamžiku skončení doby povinnosti pojistitele plnit z důvodu pojistné události (60 dní od vzniku pojistné události nezaměstnanosti, resp. 30. den pojistného plnění z titulu pojistné události hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu).

5.3.3 Příklad:

Klient uzavře dne 21. 1. 2014 úvěrovou smlouvu včetně Pojištění vyčerpané částky a k datu podpisu úvěrové smlouvy splňuje všechny podmínky pro vstup do pojištění dle odst. 5.1 této smlouvy a podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, je pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání.

- Dne 28. 6. 2014 obdrží pojištěný výpověď z pracovního poměru. V případě, že se jedná o pojistnou událost, klient splňoval k rozhodnému dni podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání a vznikne mu právo na pojistné plnění (např. ukončení pracovního poměru pro nadbytečnost), až do 60. dne trvání ztráty zaměstnání je klient pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání. Od následujícího dne až do doby splnění podmínek pro případ ztráty zaměstnání je klient pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.
- V průběhu doby trvání pojištění klientovi vznikne nový pracovní poměr. Dne 31. 12. 2015 dojde ke splnění podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání (klient je k tomuto datu zaměstnán na dobu neurčitou, není ve zkušební době, je zaměstnán nepřetržitě po dobu 12 měsíců, nedal ani neobdržel výpověď z pracovního poměru, nezrušil se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani mu nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržel od zaměstnavatele ani nezaslal zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou), dojde ke změně rozsahu pojištění a pojištěný je ode dne 31. 12. 2015 pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání.
- Dne 28. 2. 2016 obdrží pojištěný výpověď z důvodu,

pro který mohlo dojít k okamžitému zrušení pracovního poměru. V tomto případě se nejedná o pojistnou událost a klientovi nevznikne právo na pojistné plnění. Klient je od následujícího dne pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.

5.4 Změny typu pojištění (klient je k datu počátku pojištění pojištěn pro riziko hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu):

5.4.1 V případě, že klient splňuje k datu přistoupení k pojištění podmínky pro vznik pojištění dle odst. 5.1 této smlouvy a nesplňuje jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání, je od počátku pojištění pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu a není pojištěn pro případ ztráty zaměstnání, nestanoví-li tato smlouva jinak. V případě, že v průběhu trvání pojištění dojde ke změně osobního stavu osoby pojištěného tak, že bude splňovat podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, změní se rozsah pojištění takové osoby tak, že je od okamžiku splnění těchto podmínek pojištěna pro případ **smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání** a není pojištěna pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu, nestanoví-li tato smlouva jinak. V případě, že během dalšího průběhu trvání pojištění dojde u osoby pojištěného ke změně osobního stavu tak, že přestane splňovat jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání a nejedná se o událost, která by mohla být pojistnou událostí ztráty zaměstnání, změní se rozsah pojištění takové osoby tak, že je od okamžiku, kdy přestane splňovat tyto podmínky (tedy např. od okamžiku, kdy se stane osobou zaměstnanou pouze na dobu určitou nebo se stane osobou samostatně výdělečně činnou bez paralelního zaměstnání na dobu neurčitou), pojištěna pro případ **smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu** a není pojištěna pro případ ztráty zaměstnání, nestanoví-li tato smlouva jinak.

5.4.2 Změny dle předchozího odstavce nastávají automaticky a pojištěný je povinen v případě hlášení pojistné události hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu nebo ztráty zaměstnání uvést, zda splňuje nebo k rozhodnému dni splňoval podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání, a poskytnout pojistiteli v souvislosti

s šetřením pojistné události veškerou součinností. Splnění podmínek pro platnost pojištění pro případ ztráty zaměstnání se posuzuje v případě škodní události ztráty zaměstnání nejpozději k rozhodnému dni. V případě, že podmínky pro změnu rozsahu pojištění jsou splněny v průběhu doby trvání pojistné události, ke změně rozsahu pojištění dojde až v okamžiku skončení pojistné události, resp. v okamžiku skončení doby povinnosti pojistitele plnit z důvodu pojistné události (60 dní od vzniku pojistné události nezaměstnanosti, resp. 30. den pojistného plnění z titulu pojistné události hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu).

5.4.3 Příklad:

Klient uzavře dne 21. 1. 2014 úvěrovou smlouvu včetně Pojištění vyčerpané částky a k datu podpisu úvěrové smlouvy je osobou samostatně výdělečně činnou (nebo je zaměstnán na dobu určitou, případně nesplňuje jednu nebo více podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání), je pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.

- V průběhu doby trvání pojištění klient ukončí samostatně výdělečnou činnost, vznikne mu pracovní poměr. Dne 31. 1. 2016 dojde ke splnění podmínek pojištění pro případ ztráty zaměstnání, dojde ke změně rozsahu pojištění a pojištěný je ode dne 31. 1. 2016 pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání.

- Dne 31. 8. 2016 obdrží pojištěný výpověď z pracovního poměru. V případě, že se jedná o pojistnou událost, klient splňoval k rozhodnému dni podmínky pojištění pro případ ztráty zaměstnání a vznikne mu právo na pojistné plnění (např. ukončení pracovního poměru pro nadbytečnost), až do 60. dne trvání ztráty zaměstnání je klient pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání. Od následujícího dne až do doby splnění podmínek pro případ ztráty zaměstnání je klient pojištěn pro případ smrti, invalidity 3. stupně, pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.

5.5 Po dobu trvání pojistné události hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu nebo ztráty zaměstnání, resp. po dobu trvání povinnosti pojistitele plnit z titulu pojistné události,

ke změně rozsahu pojištění dle odst. 5.3 a 5.4 této smlouvy nedojde.

5.6 Prohlášení pojištěného v souladu s odst. 5.1–5.4 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 § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato prohlášení pojištěného budou úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivá nebo neúplná, může pojistitel v případě pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat v souladu s podmínkami § 23 zákona o pojistné smlouvě, a to pouze ohledně takového jednotlivého pojištění.

5.7 Dle této rámcové smlouvy lze sjednat pojištění téhož pojištěného maximálně ke třem úvěrovým smlouvám, u kterých se doba, po kterou je pojištěný povinen platit splátky úvěru dle úvěrové smlouvy, jakkoliv časově překrývá.

5.8 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 jakéhokoli 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 peněžítá 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.

5.9 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, nikoli jeho přistoupení k rámcové smlouvě.

Článek 6

Počátek pojištění, pojistná období, konec pojištění

6.1 Není-li touto rámcovou smlouvou stanoveno jinak, je pojistné období u jednotlivého pojištění konkrétního pojištěného totožné s příslušným účetním obdobím definovaným 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. 6.5 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 Počátek jednotlivého pojištění se stanoví takto:

- a) na 00.00 hodin dne, kdy pojištěný začal čerpat úvěr, případně naúčtováním úroku z úvěru nebo ceny za služby poskytnuté ke kartovému úvěrovému účtu nebo kartě dle sazebníku (ceníku) pojistníka, je-li pojištění sjednáno v úvěrové smlouvě nebo v žádosti o vydání karty;
- b) na 00.00 hodin dne podpisu dodatku k úvěrové smlouvě, v němž pojištěný vyjádřil souhlas se svým pojištěním, případně dne nabytí účinnosti dodatku, je-li dodatek sjednán s podmínkami odkládajícími jeho účinnost, nebo dne, kdy pojištěný načerpal úvěr, případně naúčtováním úroku z úvěru nebo ceny za služby poskytnuté ke kartovému úvěrovému účtu nebo kartě dle sazebníku (ceníku) pojistníka, 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 bankovníctví, nebo dne, kdy pojištěný načerpal úvěr, případně naúčtováním úroku z úvěru nebo ceny za služby poskytnuté ke kartovému úvěrovému účtu nebo kartě dle sazebníku (ceníku) pojistníka, 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. Zánik účinnosti jednotlivého pojištění se stanoví na 24.00 hodin dne, ve kterém kartový úvěrový účet vykazuje nulový debetní zůstatek nebo kreditní zůstatek.

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

6.5 Pojištění je účinné po celou dobu, kdy je debetní zůstatek kartového úvěrového účtu větší než 0,- Kč.

Článek 7

Zánik jednotlivého pojištění

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

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

- a) dnem zániku závazku pojištěného platit splátky úvěru;
- b) koncem pojistného období, v němž nastane výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 70 let věku;
- c) dnem smrti pojištěného;
- d) dnem přiznání invalidity 3. stupně pojištěnému;
- 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 § 23 zákona o pojistné smlouvě; zanikne-li pojištění odstoupením pojistitele od pojištění, jsou si smluvní strany této rámcové smlouvy povinny vrátit veškerá vzájemně poskytnutá plnění související s pojištěním, od něhož pojistitel odstoupil; pojistníkovi je vráceno zaplacené pojistné, 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 § 24 zákona o pojistné smlouvě;
- 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.

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

Článek 8 Pojistné

8.1 Výše pojistného za pojištění jednotlivého pojištěného, hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období 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 § 51 zákona o pojistné smlouvě, jsou povinni poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:

a) V případě smrti pojištěného poskytnout pojistiteli

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
- 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, a s uvedením další kontrolní lékařské prohlídky (KLP).

c) V případě pracovní neschopnosti pojištěného poskytnout pojistiteli

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
- kopii „Potvrzení o pracovní neschopnosti“ s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou lékaře),
- vyplněný „Lékařský dotazník – pracovní neschopnost pojištěného“,
- došlo-li k hospitalizaci, propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
- potvrzení zaměstnavatele nebo kopii živnostenského listu, pokud je pojištěný osoba samostatně výdělečně činná, nebo kopii zápočtového listu, pokud není pojištěný zaměstnán v pracovním poměru.

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.

e) V případě hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
- propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
- potvrzení o poskytnutí nemocniční lůžkové péče, lékařskou zprávu s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient hospitalizován a v pracovní neschopnosti.

9.2 Pojištěný je povinen v případě hlášení pojistné události hospitalizace nebo 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 § 51 zákona o pojistné smlouvě.
- 9.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považuje za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení dokladů či jiných dokumentů bude v tomto případě provedeno výhradně na náklady pojistitele, pokud o jejich provedení či předložení požádal. Náklady spojené s vyplněním formuláře „Hlášení pojistné události“ hradí pojištěný.
- 9.5 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení pracovní neschopnosti předložením kopie lékařského potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti.
- 9.6 Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení nezaměstnanosti předložením kopie potvrzení o ukončení evidence u příslušného úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání či jiným dokladem prokazujícím ukončení jeho nezaměstnanosti.
- 9.7 Pojištěný je povinen poskytnout pojistiteli součinnost v souladu s touto 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 Pojišťovny České spořitelny a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného nebo osob uvedených v odst. 9.1 článku 9 této rámcové smlouvy doklady uvedené v odst. 9.1 článku 9 této rámcové smlouvy, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění oprávněné osobě, případně obmyšlenému, do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledky oprávněné osobě, případně obmyšlenému.
- 10.2 Nemůže-li být šetření skončeno do tří měsíců po tom, co byla pojistiteli pojistná událost oznámena (§ 16 odst. 3 zákona o pojistné smlouvě), je pojistitel povinen sdělit písemně oprávněné osobě, případně obmyšlenému, důvody, pro které nelze šetření ukončit, popř. oprávněnou osobu, případně obmyšleného, informovat o přerušení této lhůty.
- 10.3 Lhůta tří měsíců dle odst. 10.2 tohoto článku neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojištěného nebo osob určených způsobem uvedeným v § 51 zákona o pojistné smlouvě.
- 10.4 Na právo na pojistné plnění nemá vliv zánik pojištění, pokud k zániku pojištění došlo po vzniku pojistné události a právo na pojistné plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v zákonné lhůtě.
- 10.5 Oprávněnou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojištěný. Obmyšlenou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojistník.
- 10.6 Pojistné plnění v případě smrti pojištěného – doplnění ustanovení čl. 3, odst. 1 VPP Pojišťovny České spořitelny:
- a) Pojistné plnění v případě smrti pojištěného z jakýchkoliv příčin 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 80 000 Kč.
- 10.7 Pojistné plnění v případě pojištění invalidity 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci – doplnění ustanovení čl. 3, odst. 2 VPP Pojišťovny České spořitelny:
- a) Pojistné plnění v případě invalidity 3. stupně pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu přiznání invalidity 3. stupně 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 10.7 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 80 000 Kč.

- d) Odchylně od ustanovení čl. 3 Rozsah pojištění, odst. 2 písm. a) VPP Pojišťovny České spořitelny se ujednává, že podmínkou výplaty pojistného plnění v případě pojištění invalidity je uznání pojištěného invalidním 3. stupně v průběhu trvání pojištění, nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění. Splnění podmínky jednoho roku se nevyžaduje, pokud k uznání invalidity došlo výlučně v důsledku úrazu, k němuž došlo v době trvání pojištění.
- 10.8 Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného – doplnění ustanovení čl. 3, odst. 3 VPP Pojišťovny České spořitelny:
- a) Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu vzniku pojistné události (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.
- 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 10.8 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 80 000 Kč.
- d) 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 niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 6 měsíců 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, 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 niž 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. 3, odst. 4 VPP Pojišťovny České spořitelny:
- a) Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání pojištěného se rovná výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu vzniku pojistné události (nezaměstnanost pojištěného) 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 10.9 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.
- c) 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 Pojišťovny České spořitelny.
- d) Maximální limit pojistného plnění je stanoven ve výši 80 000 Kč.
- e) 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 80 000 Kč.
- 10.10 Pojistné plnění v případě hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu
- a) pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu, přičemž hospitalizace (pobyt v nemocnici) musí trvat nepřetržitě alespoň 3 kalendářní dny mimo čekací dobu. Čekací doba byla stanovena pojistitelem v délce 90 dnů od počátku pojištění.
- b) nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené hospitalizací pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu vznikne, pokud hospitalizace trvá nepřetržitě alespoň 3 kalendářní dny. Pojistné plnění ve formě denních dávek je vypláceno za každý den pobytu pojištěného v nemocnici, od 4. dne hospitalizace po dobu maximálně 30 po sobě jdoucích dní. Výše denní dávky je 300 Kč.

- c) Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane více než 60 kalendářních dní ode dne ukončení původní hospitalizace, za niž 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. Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane ve lhůtě 6 měsíců od ukončení původní hospitalizace a nejedná-li se o případ dle předchozího odstavce, považuje se tato nová hospitalizace za pokračování původní hospitalizace, tj. původní pojistné události.
- d) V případě jedné hospitalizace způsobené více úrazy nebo nemocemi se pro účely výplaty pojistného plnění započítává pouze celková doba hospitalizace (max. 30 po sobě jdoucích dní).
- e) Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit pojištěnému jako oprávněné osobě v souladu s jeho pokyny.
- f) Nemocníci se rozumí státní, popř. soukromé zařízení s platnou registrací zabývající se péčí a ošetřováním nemocných a zraněných osob, disponující dostatečnými diagnostickými a terapeutickými zařízeními, nepřetržitou ošetrovatelskou službou a pracující dle všeobecně uznávaných poznatků vědy.
- g) Výplata pojistného plnění končí nejpozději se zánikem pojištění.

10.10.1 Výluky z pojistného plnění

Pojistitel není povinen plnit v případě pojištěného hospitalizace za následujících okolností nebo v jejich důsledku:

- pojistitel neplní v případě pokračování a recidivy (opakování) nemocí; neplní za následky nemoci nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění,
- 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 prokazaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními,

- léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tím typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytu v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí) – diagnózy F00 – F99,
- zámků 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,
- v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dnů, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dnů v rámci jedné pojistné události.

10.11 V případě souběhu pojistných událostí u jednoho pojištěného v podobě pracovní neschopnosti a hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu, v případě vzniku nároku na pojistné plnění vyplatí pojistitel pojistné plnění v souladu s odst. 10.8 a 10.10 této smlouvy.

Článek 11 Výluky z pojištění

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

Článek 12 Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- platit pojistiteli pojistné dle článku 8 této rámcové smlouvy;
- 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 jejich poskytnutí nebude porušeno obchodní či bankovní tajemství pojistníka ani pojistníkovy 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 Pojišťovny České spořitelny a předat mu kopii VPP Pojišťovny České spořitelny;
 - 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 Pojistitel je povinen:
- a) poskytovat školení o pojištění dle této rámcové smlouvy pojistníkovi (resp. jeho zaměstnancům) nebo jím zmocněným osobám, které též vstupují do kontaktu s pojistitelnými osobami a pojištěnými;
 - b) poskytovat pojistníkovi v případě plnění z pojistné události informace týkající se čísla úvěrového účtu vedeného k úvěrové smlouvě, jména a příjmení pojištěného a jeho data narození;
 - c) zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně stanovení odpovědných osob.
- 13.2 Veškerá ujednání této rámcové smlouvy vztahující se k předmětu plnění, ceně za plnění, podmínkám plnění, jakož i k jiným smluvním ujednáním mohou být sdělena a zpřístupněna jakémukoli subjektu v rámci finanční skupiny Erste Bank Group a v rámci pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group.

- 13.3 S výjimkou uvedenou v pravidlech o zpracování osobních údajů obsažených ve VPP Pojišťovny České spořitelny jsou pojistitel a pojistník povinni zachovávat mlčenlivost o obchodním tajemství druhé strany této rámcové smlouvy a o ostatních skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu činnosti dle této rámcové smlouvy. Zejména jsou povinni chránit informace a údaje o pojištěných, obchodních podmínkách, know-how druhé strany, jakož i informace týkající se smluvních stran této rámcové smlouvy, jejího plnění nebo porušení. Tato povinnost přetrvává ještě 5 let po skončení smluvního vztahu z této rámcové smlouvy. V případě porušení této povinnosti mlčenlivosti je smluvní strana, jíž se porušení týká, oprávněna požadovat na smluvní straně, která porušila povinnost mlčenlivosti dle tohoto odstavce 13.3, úhradu smluvní pokuty ve výši 500 000 Kč (slovy: pět set tisíc korun českých) za každý případ porušení této povinnosti. Tato smluvní pokuta je splatná do 30 dnů ode dne, kdy smluvní strana, která porušila povinnost mlčenlivosti, obdrží písemnou výzvu smluvní strany porušením dotčené k zaplacení smluvní pokuty. Zaplacením smluvní pokuty není dotčeno právo na náhradu škody. Tímto ustanovením není dotčeno oprávnění smluvních stran dle odst. 13.2 tohoto článku.

Článek 14

Závěrečná ustanovení

- 14.1 Rámcovou smlouvu lze měnit a doplňovat jen se souhlasem obou smluvních stran formou písemných a číslovaných dodatků, které budou podepsány osobami oprávněnými jednat a podepisovat za smluvní strany. Identifikační údaje týkající se smluvních stran a adresy pro listovní či elektronické doručování těmto stranám lze však měnit i jednostranným oznámením doručeným ostatním smluvním stranám a provedeným v dostatečném předstihu tou smluvní stranou, které se týká, a to způsobem dle článku 13 VPP Pojišťovny České spořitelny.
- 14.2 Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, včetně výluk, se obdobně použijí i pro pojištění pro případ hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu.
- 14.3 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.

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

Pojištění vyčerpané částky ke kreditním kartám České spořitelny

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