



Pojištění ke spotřebitelským
úvěrům na bydlení

ČESKÁ 
SPORITELNA
Jsme Vám blíž.

O pojištění

Proč si sjednat pojištění k úvěru?

Bojíte se, že nebudete mít na splácení úvěru?

Jakákoliv ztráta příjmů Vás může dostat do nepříjemné situace. Najednou můžete mít problém se splácením svého úvěru. Nejlepším řešením pro Vás je právě **Pojištění schopnosti splácet ke spotřebitelským úvěrům na bydlení** (dále jen pojištění).

Sjednáním tohoto pojištění získáte jistotu, že v případě nepříznivých životních situací **za Vás splatíme celý zůstatek Vašeho úvěru** nebo Vám s jeho splácením pomůžeme.

Co jsou nepříznivé životní situace? Na co jste pojištěni?

U pojištění ve variantě Standard jste pojištěni na:

- hospitalizaci,
- dlouhodobou pracovní neschopnost,
- invaliditu,
- úmrtí.

Pojištění ve variantě Plus zahrnuje všechna pojištění varianty Standard a navíc pojištění pro:

- nedobrovolnou ztrátu zaměstnání.

Výhody pojištění

- v případě úrazu při dopravní nehodě, v jehož důsledku dojde k úmrtí nebo invaliditě 3. stupně, vyplatí pojišťovna **dvojnásobek plnění** (navýšení plnění max. o 1 000 000 Kč),
- pojištění je možné sjednat i pro **druhou osobu**,
- o placení pojištění se nemusíte starat. Cena je automaticky inkasována z Vašeho účtu,
- u úvěrů do výše 5 mil. Kč **nemusíte na lékařskou prohlídku**.

Cena pojištění

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





Sjednání pojištění

Jaké jsou podmínky pro sjednání pojištění?

Pojištěným je osoba:

- která se zavázala splácet úvěr a která prohlásila, že splňuje podmínky pro vstup do pojištění (jednotlivec),
- případně druhá osoba, která se zavázala splácet úvěr a která prohlásila, že splňuje podmínky pro vstup do pojištění. Tato osoba musí být pojištěna spolu s prvním pojištěným (dvě osoby).

Typ pojištění	Na co jste pojištěni?	Kdo je pojištěn?
Standard	<ul style="list-style-type: none">- Hospitalizaci- Dlouhodobou pracovní neschopnost	Jednotlivec
Standard Duo	<ul style="list-style-type: none">- Invaliditu- Úmrtí	Dvě osoby
Plus	<ul style="list-style-type: none">- Hospitalizaci- Dlouhodobou pracovní neschopnost- Invaliditu- Úmrtí	Jednotlivec
Plus Duo	<ul style="list-style-type: none">- Úmrtí- Nedobrovolnou ztrátu zaměstnání	Dvě osoby

Podmínky pro vstup do pojištění splňuje klient, který:

- uzavřel smlouvu o úvěru České spořitelny,
- je mladší 60 let,
- je zdravý,
- není uznán invalidním (invalidita 1., 2. nebo 3. stupně),
- není v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků,

- není v pracovní neschopnosti a
- pro úvěry:
 - do 1 499 999 Kč stačí prohlásit, že splňuje podmínky pro vstup do pojištění nebo
 - nad 1 500 000 Kč do 4 999 999 Kč vyplnit zdravotní dotazník nebo
 - od 5 000 000 Kč vyplnit zdravotní dotazník, předložit vyplněné formuláře „Lékařská prohlídka“ a „Lékařská zpráva“ a podrobit se lékařské prohlídce,
- pojistitel vyslovil písemný souhlas s jeho pojištěním.

V případě dodatečného přistoupení k pojištění se klient posuzuje dle aktuální výše úvěru, nikoliv dle její původně poskytnuté výše. Pokud je aktuální výše úvěru do 1 499 999 Kč, stačí pouze pravdivé prohlášení o jeho zdravotním stavu. Je-li výše aktuálního úvěru nad 1 500 000 Kč, probíhá standardní posuzování.

Podmínky pro vstup do pojištění pro případ ztráty zaměstnání splňuje klient, který:

- je zaměstnán v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou,
- není ve zkušební době,
- nedal ani neobdržel výpověď z pracovního poměru,
- nezrušil se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani mu nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele,
- neobdržel od zaměstnavatele a ani nezaslal zaměstnavateli návrh na ukončení pracovního poměru dohodou.

Čekací doba (doba, kdy pojišťovna neplní)

Čekací doba je období, během kterého nejsou hospitalizace, pracovní neschopnost, ztráta zaměstnání nebo invalidita považovány za pojistnou událost.

- hospitalizace – 30 dní od data počátku pojištění,
- pracovní neschopnost – není stanovena, pouze v případě u dodatečného sjednání 30 dní od data počátku pojištění,
- úmrtí – není stanovena,
- ztráta zaměstnání – 90 dní od data počátku pojištění,
- invalidita – 1 rok od data počátku pojištění (neuplatňuje se pro invaliditu následkem úrazu).

Pojištění lze sjednat i pro americké hypotéky sjednané před 1. 12. 2016.



Pojistná událost

Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

1. Nahlaste pojistnou událost:

- telefonem na: +420 234 240 250, nebo
- e-mailem na: informace@pojistovnacs.cz, nebo
- písemně na adresu:
ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY FINANČNÍ
SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 32, 150 00 Praha 5.

2. Následně obdržíte poštou formulář „Hlášení pojistné události“.

Vyplňte formulář a spolu s požadovanými doklady zašlete na adresu uvedenou na tomto formuláři.

3. O dalším postupu šetření Vaší pojistné události Vás bude pojišťovna písemně informovat.

Kolik dostanete v jaké situaci?

Pojistné riziko (podmínka)	Pojistné plnění (limity)	Vliv pojistného plnění na platnost pojištění (termín)
Hospitalizace klienta (nepřetržitě alespoň 3 kalendářní dny)	300 Kč/den (vypláceno od 4. do max. 64. dne hospitalizace)	Pojištění zůstává v platnosti
Pracovní neschopnost (nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní)	Výše měsíční splátky (plnění nejdříve po 60 dnech, ale max. 12 splátek)	Pojištění zůstává v platnosti
Ztráta zaměstnání (nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní)	Výše měsíční splátky při přiznání invalidity 3. stupně (max. 12 splátek)	Zánik pojištění (ke dni přiznání invalidity 3. stupně)
Invalidita (přiznání invalidity 3. stupně, po uplynutí čekací doby)	dále 100 % nesplaceného zůstatku úvěru při následném potvrzení trvání invalidity 3. stupně	Zánik pojištění (ke dni úmrtí)
Úmrtí	100 % nesplaceného zůstatku úvěru	Zánik pojištění (ke dni úmrtí)

A navíc:

V případě úrazu vzniklého při dopravní nehodě, v jehož důsledku dojde **k úmrtí** pojištěného do tří let ode dne tohoto úrazu nebo je pojištěný **uznán invalidním ve 3. stupni invalidity**, vyplatí pojistitel dvojnásobek plnění, maximálně však 1 mil. Kč. Plnění nad rámec Vašeho závazku vůči bance bude zasláno na Vámi zvolený účet.

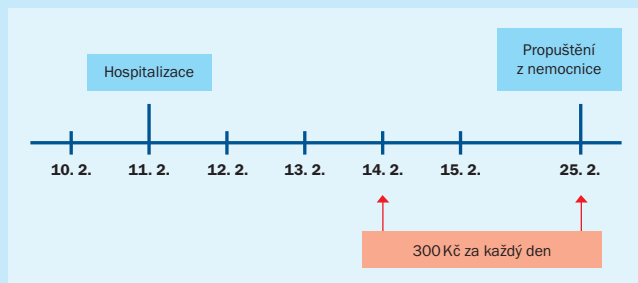
Jak se poskytuje pojistné plnění?

1. Hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu

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, uhradí Vám pojišťovna za každý kalendářní den trvání hospitalizace částku 300 Kč. Částka se začíná vyplácet od 4. dne hospitalizace, a to po celou dobu hospitalizace, maximálně však po dobu 60 dní.

Příklad ze života:

Paní Pešková, která pracovala jako úřednice, byla hospitalizována se zánětem slepého střeva po dobu 14 dní. Pojišťovna uhradila 3 300 Kč za 11 dní hospitalizace.



2. Pracovní neschopnost

Bude-li Vaše pracovní neschopnost trvat déle než 60 dní, bude Vám pojišťovna posílat na Váš úvěrový účet plnění ve výši pravidelných úvěrových splátek.

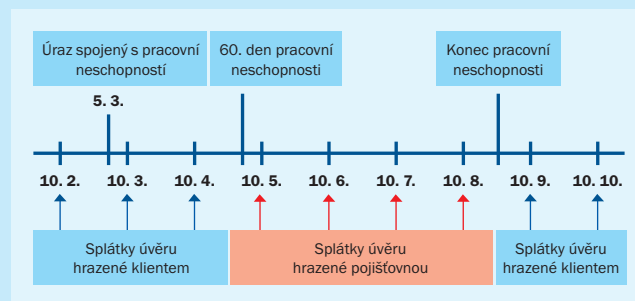
Peníze budou vypláceny:

- po dobu trvání Vaší pracovní neschopnosti (počítáno ode dne vystavení potvrzení o pracovní neschopnosti lékařem, tzv. neschopenky), a to poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den v pracovní neschopnosti a pokud splatnost této splátky úvěru spadá do doby pracovní neschopnosti,
- maximálně však 12 měsíčních splátek.

Dojde-li k pracovní neschopnosti v průběhu pojištění vícekrát, vyplatí Vám pojišťovna plnění za každé léčení. V případě, že pojistná událost nastala u obou pojištěných současně, plní pojišťovna pouze jednou, tzn. maximálně ve výši pravidelné úvěrové splátky.

Příklad ze života:

Pan Novák pracuje jako mistr v prosperující firmě. Při fotbalovém zápase 5. března si poranil koleno a musel se podrobit operaci menisku, která si vyžádala léčbu ve délce 6 měsíců. Pojišťovna uhradila 4 splátky úvěru.



3. Ztráta zaměstnání

Pokud budete více než 60 dní po uplynutí čekací doby nezaměstnán/a (počítáno ode dne registrace na úřadu práce), bude Vám pojišťovna po dobu trvání Vaší nezaměstnanosti posílat na Váš úvěrový účet plnění ve výši pravidelných úvěrových splátek.

Peníze budou vypláceny:

- po dobu trvání Vaší nezaměstnanosti, a to poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den nezaměstnaný/á (registrován/a na úřadě práce) a pokud splatnost této splátky úvěru spadá do doby trvání nezaměstnanosti,
- maximálně však 12 měsíčních splátek.

V případě, že je pojištěný současně nezaměstnaný a v pracovní neschopnosti, která nastala dříve, plní pojišťovna nejdříve z důvodu pracovní neschopnosti. Po ukončení tohoto plnění bude pojišťovna plnit z důvodu nezaměstnanosti.

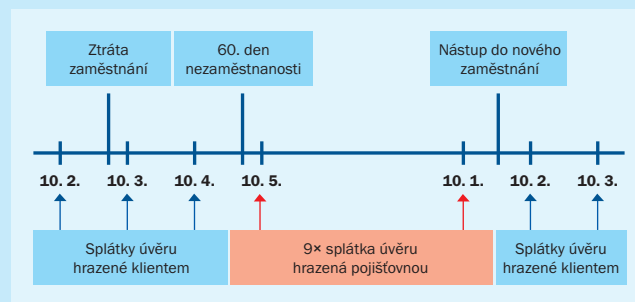
Dojde-li ke ztrátě zaměstnání v průběhu pojištění vícekrát, vyplatí Vám pojišťovna plnění za každou ztrátu zaměstnání. Bylo-li Vám vyplaceno 12 splátek plnění z jedné nebo více pojistných událostí ztráty zaměstnání, vznikne vám nárok na další pojistné plnění až po uplynutí 12 měsíců od data výplaty poslední splátky.

V případě, že pojistná událost nastala u obou pojištěných současně, plní pojišťovna pouze jednou, tzn. maximálně ve výši pravidelné úvěrové splátky.

Příklad ze života:

Paní Novotné byla v souvislosti s reorganizací firmy po 12 letech zrušena pracovní pozice a stala se

nezaměstnanou. Pojišťovna paní Novotné uhradila celkem 9 splátek, což jí velice pomohlo s udržením životního standardu její rodiny.



4. Invalidita

V případě, že Vám bude přiznána invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení (nejdříve však po jednom roce od počátku pojištění – neplatí pro úraz), vyplatí Vám pojišťovna na Váš úvěrový účet pojistné plnění ve výši:

- maximálně 12 splátek úvěru od data přiznání invalidity navýšených o úhradu za udržování pojištění dle úvěrové smlouvy,
- celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to včetně dlužných úroků a úhrad bez ohledu na jejich splatnost, až do výše pojistné částky dle příslušné rámcové smlouvy. Plnění je splatné k datu následného potvrzení trvání invalidity.

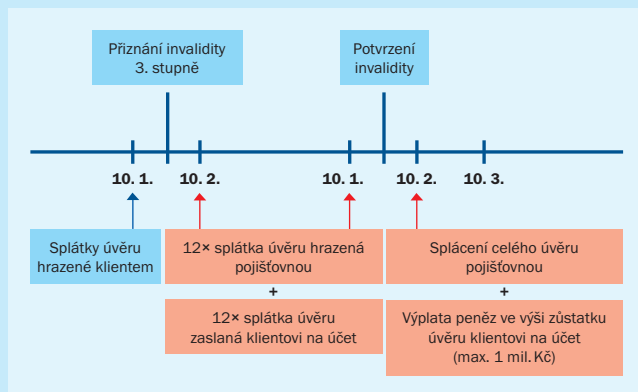
Invaliditou 3. stupně se rozumí pokles pracovní schopnosti nejméně o 70 procent.

Příklad ze života:

Pan Onderka pracuje jako zedník. Při autonehodě se vážně zranil a byl uznán invalidním 3. stupně, neboť přišel o nohu. Pojišťovna v průběhu prvního roku invalidity uhradila 12 měsíčních splátek úvěru.

Navíc klient dostal na svůj účet dalších 12 splátek (s ohledem na fakt, že příčinou invalidity byla dopravní nehoda).

Po roce bylo panu Onderkovi potvrzeno trvání invalidity 3. stupně. Pojišťovna za něho tedy uhradila celý zůstatek nesplaceného úvěru. Navíc klient dostal na svůj účet stejnou částku (s ohledem na fakt, že příčinou invalidity byla dopravní nehoda).



5. Úmrtí

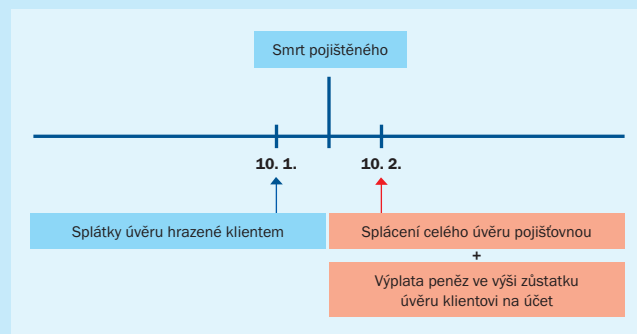
V případě úmrtí vyplatí pojišťovna na klientův úvěrový účet celou částku zůstatku úvěru, včetně dlužných úroků a úhrad bez ohledu na jejich splatnost, až do výše pojistné částky dle příslušné rámcové smlouvy.

V případě pojistné události, způsobené dopravní nehodou, bude pojišťovnou vyplacen dvojnásobek plnění. Přičemž druhá část plnění jde na účet pozůstalých (navýšení plnění max. o 1 000 000 Kč).

Příklad ze života:

Pan Koudelka, profesionální řidič nákladního vozidla, zahynul na služební cestě při dopravní nehodě. Pojišťovna uhradila zůstatek úvěru ve výši 1 198 964 Kč. Rodina pana Koudelky tak nemusí řešit starosti se splácením úvěru.

Pojišťovna uhradila, nad rámec běžného splacení zůstatku úvěru ve výši 1 198 964 Kč, také další 1 000 000 Kč na účet pozůstalých. Rodina pana Koudelky tak obdržela dostatek finančních prostředků, které jí pomůžou překonat nelehkou životní situaci.



Nejčastější výluky z pojištění (kdy pojištění neplatí)

Z pojištění jsou obecně vyloučeny tyto události:

- 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.

Z pojištění hospitalizace jsou vyloučeny tyto události:

- recidiva (opakování) nemocí,
- degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokázaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními,
- pobyty v lázních, sanatoriích apod.,
- poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemocí),
- kosmetické a jiné ne nezbytné zákroky podstoupené z vlastní vůle pojištěného,
- v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na max. 7 dní, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dní v rámci jedné pojistné události.

Z pojištění pracovní neschopnosti jsou vyloučeny tyto události:

- degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz,
- astenie, depresivní stavy, psychické poruchy a neurózy,
- odvykací, detoxikační kúry,
- opakování nemocí (léčení stejné nemoci/úrazu, za které již bylo vyplaceno max. pojistné plnění).

Z pojištění ztráty zaměstnání jsou vyloučeny tyto události:

- 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,
- ztráta zaměstnání ve zkušební době,
- pojištění pro případ ztráty zaměstnání se nevztahuje na pracovní poměry ukončené dohodou či výpovědí ze strany zaměstnance.

Z dvojnásobného plnění za úrazy vzniklé v důsledku dopravní nehody jsou vyloučeny tyto úrazy:

- osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k přepravě osob (blatníky, kapota apod.),
- při účasti na rychlostních závodech (včetně tréninků),
- při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd apod.,
- osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k přepravě osob, např. silniční válce, buldozery,
- osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad.

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



Nejčastější dotazy

Může pojištěný klient ihned přestat platit splátky úvěru, pokud došlo ke vzniku pojistné události?

Klient musí platit splátky úvěru do doby, než pojišťovna vyzoomí klienta o zahájení pojistného plnění.

Jak prokázat trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti?

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

Pracovní neschopnosti:

- kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo
- kopie „Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti“ s vyznačením pravidelných kontrol,
- potvrzení zaměstnavatele nebo kopie živnostenského listu.

Nezaměstnanosti:

- kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání a eventuálně pobírá podporu v nezaměstnanosti.

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

Pokud splatnost splátky úvěru v daném měsíci spadá do doby trvání pracovní neschopnosti, bude vyplacena pojistná částka i za tento měsíc.

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 při podpisu smlouvy prohlašuje, že:

- je zdrav,
- není uznán invalidním a
- není v trvalé lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků.

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 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 (kromě výjimek sepsaných ve výlukách 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.

Lze pojistnou událost uplatnit zpětně?

Ano, pojistnou událost lze uplatnit i zpětně v zákonné lhůtě, a to konkrétně:

- 3 roky + 1 rok po vzniku pojistné události u pojištění hospitalizace, pracovní neschopnosti, ztráty zaměstnání a invalidity, anebo
- 10 let + 1 rok po vzniku pojistné události u životního pojištění pro případ smrti.

Je možné přistoupit k pojištění úvěru České spořitelny prostřednictvím telefonu?

Ano. K pojištění úvěrů České spořitelny lze přistoupit i prostřednictvím telefonu a internetového bankovníctví.

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



Přílohy

POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

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.

OBEČNÁ 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 událostí, které by jinak byly pojistnými událostmi, tato lhůta se uplatňuje také v případech dodatečného přistoupení k pojištění na základě prohlášení pojištěného
- c) **nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku
- d) **nezaměstnaná osoba** – každá osoba, která není zaměstnána v pracovním poměru nebo obdobném právním vztahu ani nevykonává samostatnou výdělečnou činnost a která je v České republice registrována na příslušném úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání
- e) **nezaměstnanost** – stav nezaměstnané osoby dle kritérií uvedených v těchto pojistných podmínkách pro ztrátu zaměstnání
- f) **obmyšlený** – osoba určená ve smlouvě nebo dle zákona, které vznikne právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného
- g) **oprávněná osoba** – osoba, které v důsledku pojistné události vznikne právo na pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti, invalidity nebo v případě nezaměstnanosti v důsledku ztráty zaměstnání
- h) **invalidita** – skutečnost, kdy je pojištěnému během pojistné doby přiznána podle platných předpisů o sociálním zabezpečení invalidita 3. stupně z důvodu úrazu nebo nemoci
- i) **pojistitel** – právnická osoba, která je oprávněna provozovat pojišťovací činnost podle zvláštního zákona, pro účely smlouvy je to Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
- j) **pojistná částka** – smlouvou dohodnutá částka, kterou je pojistitel povinen vyplatit v případě pojistné události
- k) **pojistná doba** – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno, pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem uvedeným jako počátek pojištění a končí dnem uvedeným jako konec pojištění v pojistné smlouvě
- l) **pojistná událost** – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění
- m) **pojistné období** – časové období dohodnuté ve smlouvě, za které platí pojistník pojistné
- n) **pojistné plnění** – peněžité plnění, které je pojistitel podle smlouvy povinen vyplatit oprávněné nebo obmyšlené osobě, nastane-li pojistná událost

- o) **pojistné riziko** – míra pravděpodobnosti vzniku pojistné události vyvolané pojistným nebezpečím
- p) **pojistník** – právnická osoba, která s pojistitelem uzavřela smlouvu a která 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 obmyslené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) zaniká pojištění smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

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

2. Pojištění pro případ invalidity

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

Předpoklady pro přiznání invalidity:

Pojištěný je ve smyslu tohoto pojištění invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně). Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěného vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem.

Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěného před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěného doloženého výsledky funkčních vyšetření, přitom se bere v úvahu, zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, zda a jak je pojištěný na své zdravotní postižení adaptován, schopnost rekvalifikace pojištěného na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, a zda je pojištěný schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. Za zdravotní postižení se pro účely posouzení poklesu pracovní schopnosti považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí.

Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit oprávněné osobě. Přiznáním následné (opětovné) invalidity pojištění zaniká.

Pojistné plnění v případě invalidity pojištěného:

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

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

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

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

Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

- a) Nárok na pojistné plnění z důvodu pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dní.
- b) Plněním v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištění nezaniká, s výjimkou případu dovršení horní hranice pojistného plnění uvedené ve smlouvě.
- c) Pro účely těchto pojistných podmínek se má za to, že pracovní neschopnost u pojištěného nastala dnem uvedeným v potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojistiteli předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveném lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v jehož lékařské péči pojištěný byl nebo je v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pokud není na potvrzení o pracovní neschopnosti uvedeno příslušné číslo diagnózy, je pojištěný povinen doložit 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) nemocí, neplní za následky nemocí nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a které byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.
- e) Pojistitelem je stanovena čekací doba v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného pojištění jako vznik pojištění dle ustanovení platné smlouvy. Tato lhůta bude uplatněna pouze v případě dodatečného přistoupení k pojištění

na základě prohlášení pojištěného. V této lhůtě není pracovní neschopnost považována za pojistnou událost a oprávněné osobě nevzniká nárok na pojistné plnění.

- f) Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu nebo následky nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za niž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 60 kalendářních dní 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 dní ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.
- g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního a druhého pojištěného se stejným datem vzniku pracovní neschopnosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou pracovních neschopností poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou.
- h) Pokud jedna pracovní neschopnost pojištěného skončí a druhá pracovní neschopnost pojištěného dále pokračuje, bude pojistné plnění poskytováno až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. Pojištění pro případ ztráty zaměstnání

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

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného:

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

ČLÁNEK 4 – Uzavření smlouvy

1. Smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
2. Pojištění vzniká pro každého pojištěného za podmínky uvedených ve smlouvě.
3. V případě, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných dů-

vodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od zjištění této skutečnosti oznámení o zániku pojištění. V tomto případě pojistiteli nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku označenou ve smlouvě jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dní od data rozhodnutí o zániku pojištění.

4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění, s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
5. Pojistník a pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí též, jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
6. Pojištěný je zejména povinen umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jeho zdravotní stav, oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.
7. Na základě písemného souhlasu pojištěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil(a), léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě, pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěný zprošťuje 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 pojišťovám, 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 výslovním 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 úda-

je získané v souvislosti s navrženým pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.

2. Pojistitel prohlašuje, že bude dodržovat veškeré povinnosti uložené mu výše uvedeným zákonem o ochraně osobních údajů.
3. Pojistník i pojistitel se zavazují vzájemně si předávat média a data – osobní údaje pojištěného – v šifrované nebo jinak zabezpečené podobě tak, aby nedošlo k neoprávněnému přístupu k těmto médiím nebo datům nebo k jakémukoliv neuzítí neoprávněnou osobou. Dále se pojistník i pojistitel zavazují zajistit nejvyšší možné standardy technického a organizačního zabezpečení a přenosu dat, jaké lze s ohledem na předmět této smlouvy a postavení smluvních stran důvodně požadovat.

ČLÁNEK 7 – Změny pojištění

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

ČLÁNEK 8 – Pojistné a placení pojistného

1. Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena ve smlouvě.
2. Výše a splatnost pojistného se určují podle sazeb pro jednotlivá pojištění a jsou uvedeny ve smlouvě, popř. v platném sazebníku pojistníka.
3. Právo pojistitele na pojistné vzniká dnem dohodnutým ve smlouvě jako počátek pojištění. Pojistitel má právo na pojistné za dobu do zániku pojištění. Nastane-li pojistná událost, v důsledku které pojištění zaniklo, náleží pojistiteli pojistné do konce pojistného období, v němž pojistná událost nastala.
4. Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplaceno.

5. Na písemnou žádost pojistníka je pojistitel povinen sdělit zásady pro stanovení výše pojistného. Výše pojistného se určuje podle sazeb pro jednotlivé druhy pojištění stanovených pojistitelem.

ČLÁNEK 9 – Pojistná událost

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

A. Povinnosti pojištěného:

- a) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření a pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, vyplnit formulář „Hlášení pojistné události“, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě.
- b) Podat pravdivé vysvětlení vzniku a rozsahu následků této události, předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem.
- c) Řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se na vyzvání pojistitele lékařské prohlídce), pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření.
- d) Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- e) Oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění, je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.

- f) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření.
- g) Řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim.
- h) Pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

B. Důsledky porušení povinností:

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

C. Povinnosti pojistitele:

- a) Pojistitel je povinen provést šetření každé pojistné události, o které se dozví, a písemně informovat oprávněnou osobu, případně obmyšlenou osobu, o výsledku šetření v souladu s ustanovením smlouvy.
- b) Pojistitel je povinen informovat neprodleně pojistníka o každé pojistné události či jiné skutečnosti, která má vliv na rozsah či trvání jednotlivého pojištění a která mu byla nahlášena pojištěným, jeho právním nástupcem, příp. osobou stanovenou v souladu se zákonem.
- c) Pojistitel je povinen neprodleně pojistníka informovat o 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.
3. Opakované pojistné plnění se vyplácí oprávněné osobě, které vzniklo právo na výplatu pojistného plnění v dohodnutých obdobích, nejdéle však po dobu a ve výši vypočtené podle zásad pro její stanovení stanovených ve smlouvě.

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

ČLÁNEK 11 – Omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem,
 - b) došlo-li k úrazu u pojištěného v důsledku požití alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události, to odůvodňují, jedná-li se však o pojistnou událost smrt pojištěného v důsledku úrazu, sníží pojistitel plnění jen tehdy, jestliže k tomuto úrazu došlo v souvislosti s jednáním pojištěného, jímž jinému způsobil těžkou újmu na zdraví nebo smrt, to neplatí, pokud návykové látky podle věty první byly obsaženy

v lécích, které pojištěný užil způsobem předepsaným pojištěnému lékařem, a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

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

ČLÁNEK 12 – Výluky z pojištění

1. Pojistitel není povinen plnit v případě všech druhů pojištění za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - a) pojistná událost byla pojištěným způsobena úmyslně,
 - b) pojistná událost byla způsobena přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zářením vyvolaným výbuchem nebo závadou jaderného zařízení a přístrojů,
 - c) pojistná událost byla způsobena přímo či nepřímo válečnými událostmi, vojenskými nebo bojovými akcemi všeho druhu, dále také při události vzniklé aktivní účastí pojištěného na vnitrostátních nepokojích či veřejných násilnostech nebo v souvislosti s teroristickými událostmi všeho druhu (násilném jednání motivovaném politicky, rasově, sociálně, ideologicky nebo nábožensky) na straně iniciátora, omezení

uvedená v tomto bodě se nevztahují na případy přímé či nepřímé účasti pojištěného na válečných událostech, vojenských nebo bojových akcích nebo vnitrostátních nepokojích všeho druhu, ke kterým došlo při plnění služby v Armádě ČR nebo u Policie ČR nebo v 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 výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokázaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními,
 - e) v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz,
 - f) při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách,
 - g) v důsledku pohlavní nákazy a v důsledku nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného jako počátek pojištění,
 - h) v důsledku jakéhokoliv 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 přerušování těhotenství a jejich důsledky,
 - k) pracovní neschopnost v důsledku mateřství, která nastane v době, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství,
 - l) v případě zdravotních prohlídek, vyšetření, hospitalizací, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojištěný sám dobrovolně vyžádá,
 - m) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.
3. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění ztráty zaměstnání** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
- a) ztráta zaměstnání pojištěného, která je pojištěnému zaměstnavatelem předběžně oznámena již před datem sjednaným jako počátek pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednaným jako počátek pojištění,
 - b) ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinností vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojištěným jako zaměstnanci vykonávané práci nebo proto, že pojištěný 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, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru zaměstnancem pro nevyplacení mzdy či náhrady mzdy či jakékoliv jejich části dle zákoníku práce v platném znění, za podmínky, že zaměstnanci nebyla vyplacena mzda či náhrada mzdy do 15 dní po uplynutí termínu splatnosti, kdy je pojištěný povinen doložit tuto skutečnost předložením zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu, a dále vyjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou po pravomocně prohlášeném úpadku zaměstnavatele nebo do obchodního rejstříku zapsán jeho vstup do likvidace,
 - d) ztráta zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
 - e) ztráta zaměstnání v důsledku předčasného nebo i řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou,
 - f) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.

ČLÁNEK 13 – Doručování a vzájemná komunikace

1. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou zásilkou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou ve smlouvě nebo na korespondenční adresu později písemně oznámenou pojistiteli, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem a výsledky šetření pojistné události.
2. Veškerá písemná sdělení učiněná pojistiteli se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.
3. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
4. Pojistitel je pro komunikaci s pojistníkem, pojištěným, případně oprávněnou či obmyšlenou osobou, a to v souvislosti se správou pojištění, řešením pojistných událostí nebo nabídkou produktů a služeb pojistitele a členů finanční skupiny České spořitelny, a.s., a členy pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group, oprávněn využít alternativní komunikační prostředky. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby.
5. Pojistník je pro komunikaci s pojistitelem, pojištěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, oprávněn využít alternativní komunikační prostředky, a to v souvislosti se správou pojištění. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva.
6. Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojištěný pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.

ČLÁNEK 14 – Právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

1. Dispoziční práva vyplývající ze smlouvy náleží pojistníkovi. Pojištěný je odpovědný za pravdivé zodpovězení otázek týkajících se jeho zdravotního stavu.

2. Všechna ustanovení platná pro pojistníka se vztahují i na jeho případné právní nástupce.


ČLÁNEK 15 – Rozhodné právo

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

ČLÁNEK 16 – Závěrečná ustanovení

1. Veškeré dokumenty a doklady týkající se pojištění musí být účastníky pojištění předkládány v českém jazyce. V případě, že by byly vystaveny v cizím jazyce, musí k nim být přiložen úředně ověřený překlad do českého jazyka.
2. Náklady pojistitele spojené s platbami do zahraničí nese příjemce platby. Náklady spojené s platbami 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



RÁMCOVÁ POJISTNÁ SMLOUVA/ POJISTKA č. ČSHYP 1/2009

ÚPLNÉ ZNĚNÍ (na základě dodatku č. 6),
účinné od 1. 12. 2016

uzavřená mezi níže uvedenými společnostmi:

Pojistník

Česká spořitelna, a.s.

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

IČO: 45244782

DIČ: CZ45244782

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze,
oddíl B, vložka č. 1171

Pojistitel

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

se sídlem: Pardubice, nám. Republiky 115, PSČ 530 02

IČ: 47452820

DIČ: CZ47452820

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

OBSAH RÁMCOVÉ SMLOUVY

- Článek 1 Úvodní ustanovení
- Článek 2 Obecná ustanovení
- Článek 3 Doba platnosti rámcové smlouvy
- Článek 4 Rozsah pojištění
- Článek 5 Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění
- Článek 6 Počátek pojištění, pojistná období, změna pojištění, konec pojištění
- Článek 7 Zánik jednotlivého pojištění
- Článek 8 Pojistné
- Článek 9 Podmínky pro likvidaci pojistné události
- Článek 10 Pojistné plnění
- Článek 11 Výluky z pojištění
- Článek 12 Povinnosti pojistníka
- Článek 13 Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti
- Článek 14 Závěrečná ustanovení

PŘÍLOHY

- Příloha I Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group
- Příloha II Vzor dotazníku pojištěného
- Příloha III Vzor formulářů „Lékařská prohlídka“ a „Lékařská zpráva“

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 (dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy), která splnila podmínky pro vstup do pojištění uvedené v článku 5 této rámcové smlouvy. V případě, že přistoupí k pojištění více osob ve vztahu k jedné úvěrové smlouvě (soubory pojištění AA, BB, Standard Duo a Plus Duo), rozumí se pojištěným každá z pojištěných osob.
- 2.2 Splátka úvěru – pravidelná splátka úvěru zahrnující jistinu i úroky (tzv. anuita), popř. splátka jistiny úvěru u úvěrů se sjednaným připoisováním úroků k jistině úvěru, popř. součet pravidelné splátky jistiny a příslušných úroků (v případě samostatného splácení jistiny a úroku), k jejíž úhradě se pojištěný zavázal v úvěrové smlouvě, včetně příslušného měsíčního poplatku za vedení úvěrového účtu a poplatku 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 se pojistník zavázal poskytnout klientovi pojistníka spotřebitelský úvěr zajištěný nemovitou věcí nebo věcným právem k nemovité věci, nebo poskytnutý pro účely bydlení.
- 2.4 Úvěr – úvěr poskytnutý pojistníkem na základě úvěrové smlouvy.

- 2.5 Resolucitační program – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle rámcové smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetového bankovníctví.
- 2.6 Soubor pojištění – soubory pojištění dle odst. 4.1 článku 4 této rámcové smlouvy, jednotlivě či společně, podle kontextu.
- 2.7 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.
- 2.8 Dotazník I – dotazník pojištěného, jehož vzor tvoří přílohu II této rámcové smlouvy.
- 2.9 Dotazník II – formuláře „Lékařská prohlídka“ a „Lékařská zpráva“, jejichž vzor tvoří přílohu III této rámcové smlouvy.
- 2.10 Hospitalizace – poskytnutí celodenní nemocniční lůžkové péče pojištěnému v nemocničním zařízení, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčení úrazu nebo nemoci pojištěného.
- 2.11 Dopravní nehoda – nehoda na pozemní komunikaci, v drážní, ve vodní či v letecké dopravě.
- 2.12 Čekací doba – lhůta v délce 90 po sobě jdoucích kalendářních dní od data počátku pojištění v případě ztráty zaměstnání a nezaměstnanosti nebo lhůta 30 po sobě jdoucích kalendářních dní od data počátku pojištění v případě hospitalizace. V této lhůtě ztráta zaměstnání a nezaměstnanost nebo hospitalizace pojištěného nejsou považovány za pojistné události a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.

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 nabyvá účinnosti v 00.00 hod. prvního dne prvního kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém vstoupila v platnost.
- 3.2 Pro ukončení účinnosti této rámcové smlouvy využijí smluvní strany přednostně dohody, ve které budou stanoveny podmínky ukončení tak, aby nedošlo k poškození oprávněných zájmů pojištěných.
- 3.3 Každá ze smluvních stran může i bez udání důvodu tuto rámcovou smlouvu písemně vypovědět. Výpovědní lhůta činí 3 měsíce a začíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího

po měsíci, ve kterém byla výpověď doručena druhé smluvní straně, a končí uplynutím posledního dne posledního kalendářního měsíce.

- 3.4 Bude-li tato rámcová smlouva ukončena jiným způsobem než dohodou ve smyslu odst. 3.2 tohoto článku nebo nebude-li v dohodě o ukončení této rámcové smlouvy dohodnut termín ukončení pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám, potom ukončením účinnosti této rámcové smlouvy zanikají veškerá práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z této rámcové smlouvy s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění.
- 3.5 Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy nemá vliv na účinnost této rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy.

Článek 4

Rozsah pojištění

- 4.1 Na základě této rámcové smlouvy se sjednává pojištění klientů pojistníka, kteří přistoupí způsobem uvedeným v odst. 5.1 článku 5 této rámcové smlouvy k pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu některého z níže uvedených souborů pojištění:
- a) v rozsahu základního souboru pojištění A (dále také jen „**soubor pojištění A**“):
Pojištění schopnosti jednoho pojištěného splácet splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti;
- b) v rozsahu základního souboru pojištění AA (dále také jen „**soubor pojištění AA**“):
Pojištění schopnosti splácet splátky úvěru až u dvou pojištěných pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti kteréhokoliv z nich;
- c) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění B (dále také jen „**soubor pojištění B**“):
Pojištění schopnosti jednoho pojištěného splácet splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti, pro případ ztráty zaměstnání;
- d) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění BB (dále také jen „**soubor pojištění BB**“):
Pojištění schopnosti splácet splátky úvěru až u dvou pojištěných pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro

případ pracovní neschopnosti, pro případ ztráty zaměstnání kteréhokoliv z nich;

- e) v rozsahu základního souboru pojištění Standard (dále také jen „**soubor pojištění Standard**“):
Pojištění schopnosti jednoho pojištěného splácet splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ hospitalizace;
- f) v rozsahu základního souboru pojištění Standard Duo (dále také jen „**soubor pojištění Standard Duo**“):
Pojištění schopnosti splácet splátky úvěru až u dvou pojištěných pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti a pro případ hospitalizace kteréhokoliv z nich;
- g) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění Plus (dále také jen „**soubor pojištění Plus**“):
Pojištění schopnosti jednoho pojištěného splácet splátky úvěru pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti, pro případ ztráty zaměstnání a pro případ hospitalizace;
- h) v rozsahu rozšířeného souboru pojištění Plus Duo (dále také jen „**soubor pojištění Plus Duo**“):
Pojištění schopnosti splácet splátky úvěru až u dvou pojištěných pro případ smrti, pro případ invalidity 3. stupně, pro případ pracovní neschopnosti, pro případ ztráty zaměstnání a pro případ hospitalizace kteréhokoliv z nich.
- 4.2 Pojištění se sjednává zvlášť ve vztahu ke každé jednotlivé úvěrové smlouvě.
- 4.3 **Pojištění pro případ smrti** nebo pro případ invalidity pojištěného / pojištěných se pro soubory pojištění Standard / Standard Duo a Plus / Plus Duo rozšiřuje o plnění v důsledku dopravní nehody. **Nehodou na pozemní komunikaci** se rozumí událost v provozu na pozemních komunikacích, například havárie nebo srážka, která se stala nebo byla započata na pozemní komunikaci a při níž dojde k usmrcení nebo zranění osoby v přičinné souvislosti s provozem vozidla v pohybu. **Drážními nehodami** jsou především železniční nehody a tramvajové nehody, případně nehody na jiných kolejových drahách (pozemní lanová dráha, metro), při kterých došlo ke srážce nebo vykolejení drážních vozidel v přičinné souvislosti s provozováním drážní dopravy, s následkem smrti či újmy na zdraví. Do stejného právního režimu spadají i visuté lanové dráhy a také trolejbusová doprava. **Nehoda ve vodní dopravě** je událost, k níž došlo v provozu na vodní cestě,

umělém či přírodním jezeře, moři, oceánu nebo na umělých plavebních kanálech a průplavech, a to na vodní hladině nebo pod hladinou nebo v příčinné souvislosti s provozem. Následkem nehody je újma na zdraví nebo smrt účastníků provozu. **Nehoda v letecké dopravě** je událost spojená s provozem letadla, která se stala mezi dobou, kdy kterákoliv osoba nastoupila do letadla s úmyslem vykonat let, a dobou, kdy všechny takové osoby letadlo opustily, a při které došlo ke smrtelnému nebo těžkému zranění kterékoliv osoby následkem přítomnosti v letadle nebo přímého kontaktu s kteroukoliv částí letadla, včetně částí, které se od letadla oddělily, dále přímým působením proudu plynů (vytvořených letadlem). V případě, že je letadlo nezvěstné a cestující byli prohlášeni za mrtvé, mají oprávněné osoby nárok na pojistné plnění za nehodu v letecké dopravě.

Článek 5

Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

5.1 Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkoví jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění 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 podepsala prohlášení potvrzující, že splňuje níže uvedené podmínky:

- byla seznámena s touto rámcovou smlouvou, s VPP Pojišťovny České spořitelny, porozuměla jí a souhlasí s ní;
- 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 oprávněnou osobou je pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.10 písm. b) této rámcové smlouvy a výplaty pojistného plnění dle odst. 10.13 této rámcové smlouvy, kdy je oprávněnou osobou pojištěný;

- souhlasí s tím, že obmyšlenou osobou je pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.9 písm. b) této rámcové smlouvy, kdy je obmyšlená osoba určena v souladu se zákonem;
- bere na vědomí, že v souladu se zákonem o pojistné smlouvě jakékoliv záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé prohlášení bude mít za následek odstoupení od pojištění a jeho zrušení od samého počátku;

pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění B/Plus a BB / Plus Duo navíc:

- dle svého prohlášení je zaměstnána v pracovním poměru na dobu neurčitou a není ve zkušební době;
- dle svého prohlášení nedala ani jí nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušila se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani jí nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržela od zaměstnavatele ani nezaslala zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou;

pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění AA / Standard Duo a BB / Plus Duo navíc:

- bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě odstoupení pojistitele od pojištění za podmínek § 23 zákona o pojistné smlouvě nebo odmítnutí plnění dle § 24 zákona o pojistné smlouvě z důvodu nepravdivých či neúplných prohlášení pojištěného či v případě zániku pojištění v důsledku jiných rozhodných skutečností pouze u jednoho z pojištěných, pojištění druhého pojištěného dle této rámcové smlouvy nadále trvá;

pro případ, že aktuální výše úvěru k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které výše uvedená osoba vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší než 1 500 000 Kč (slovy: jeden milion pět set tisíc korun českých) a nižší než 5 000 000 Kč (slovy: pět milionů korun českých), navíc:

- řádně a v plném rozsahu vyplnila Dotazník I nebo řádně a v plném rozsahu vyplnila formulář Prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro úvěr České spořitelny, a.s., předložila jej prostřednictvím pojistníka pojistiteli a pojistitel na základě takto vyplněného Dotazníku I a provedeného zdravotního zkoumání vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním;

pro případ, že aktuální výše úvěru k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které výše uvedená osoba vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší nebo rovna 5 000 000 Kč (slovy: pět milionů korun českých), se navíc:

- podrobila lékařské prohlídce u smluvního lékaře pojistitele, předložila prostřednictvím pojistníka pojistiteli řádně vyplněný

Dotazník II a pojistitel na základě takto vyplněného Dotazníku II vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním;

nebo

V rámci resolucitačního 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 s platbou měsíčního poplatku za udržování pojištění dle výběru příslušného souboru pojištění;
- 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 oprávněnou osobou je pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.10 písm. b) této rámcové smlouvy a výplaty pojistného plnění dle odst. 10.13 této rámcové smlouvy, kdy je oprávněnou osobou pojištěný;
- souhlasí s tím, že obmyšlenou osobou je pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.9 písm. b) této rámcové smlouvy, kdy je obmyšlená osoba určena v souladu se zákonem;
- bere na vědomí, že v souladu se zákonem o pojistné smlouvě jakékoliv záměrné zamlčení skutečností rozhodných pro vstup do pojištění nebo nepravdivé prohlášení bude mít za následek odstoupení od pojištění a jeho zrušení od samého počátku;

pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění B/Plus a BB / Plus Duo navíc:

- dle svého prohlášení je zaměstnána v pracovním poměru na dobu neurčitou a není ve zkušební době;
- dle svého prohlášení nedala ani jí nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušila se zaměstnavatelem okamžitě

pracovní poměr ani jí nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržela od zaměstnavatele ani nezaslala zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou;

pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění AA / Standard Duo a BB / Plus Duo navíc:

- bere na vědomí a souhlasí s tím, že v případě odstoupení pojistitele od pojištění za podmínek § 23 zákona o pojistné smlouvě nebo odmítnutí plnění dle § 24 zákona o pojistné smlouvě z důvodu nepravdivých či neúplných prohlášení pojištěného či v případě zániku pojištění v důsledku jiných rozhodných skutečností pouze u jednoho z pojištěných, pojištění druhého pojištěného dle této rámcové smlouvy nadále trvá;

pro případ, že aktuální výše úvěru k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které výše uvedená osoba vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší než 1 500 000 Kč (slovy: jeden milion pět set tisíc korun českých) a nižší než 5 000 000 Kč (slovy: pět milionů korun českých), navíc:

- řádně a v plném rozsahu vyplnila Dotazník I nebo řádně a v plném rozsahu vyplnila formulář Prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro úvěr České spořitelny, a.s., předložila jej prostřednictvím pojistníka pojistiteli a pojistitel na základě takto vyplněného Dotazníku I a provedeného zdravotního zkoumání vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním;

pro případ, že aktuální výše úvěru k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které výše uvedená osoba vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší nebo rovna 5 000 000 Kč (slovy: pět milionů korun českých), se navíc:

- podrobila lékařské prohlídce u smluvního lékaře pojistitele, předložila prostřednictvím pojistníka pojistiteli řádně vyplněný Dotazník II a pojistitel na základě takto vyplněného Dotazníku II vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním.

5.2 Pojistitel může v individuálních případech rozhodnout o přistoupení k pojištění dle této rámcové smlouvy také na základě dodatečně získaných informací (uvedených např. v Dotazníku I, Dotazníku II či v Prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro úvěr České spořitelny, a.s.), a to i přesto, že nejsou splněny všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 tohoto článku. Individuální rozhodnutí pojistitele je písemně oznamováno pojistníkovi a pojistitel bere na vědomí a souhlasí s tím, že v těchto případech nahrazuje jeho rozhodnutí případnou část prohlášení pojištěného uvedeného v odst. 5.1 tohoto článku, a které je nebo může být

s tímto prohlášením v rozporu, popř. že je pojistník oprávněn změnit odpovídajícím způsobem text prohlášení pojištěného, aby bylo v souladu s tímto rozhodnutím.

5.3 V případě, že aktuální výše úvěru k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které osoba dle odst. 5.1 tohoto článku vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší než 1 500 000 Kč (slovy: jeden milion pět set tisíc korun českých), vyrazuje si pojistitel právo:

- a) požadovat v individuálních případech od takové osoby prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady o jejím zdravotním stavu, které považuje za potřebné;
- b) přezkoumávat další skutečnosti související s pojištěním takové osoby či žádat ji, aby se podrobila lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné k vyjádření souhlasu s jejím pojištěním.

Ve všech případech pojištění úvěru v aktuální výši k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, nad 1 500 000 Kč a zároveň pod 5 000 000 Kč a v případech úvěrů v aktuální výši k datu přistoupení do pojištění, dle úvěrové smlouvy, do 1 500 000 Kč včetně, kdy není pojišťovaná osoba schopna splnit podmínky pro vstup do pojištění uvedené v úvěrové smlouvě, si pojistitel vyhrazuje právo na zpracování Prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro úvěr České spořitelny, a.s., v rámci telefonického rozhovoru. Telefonické zdravotní posouzení je zajištěno prostřednictvím společnosti Advance Medical. Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení jiných dokumentů bude v těchto případech provedeno výhradně na náklady pojistitele.

5.4 Prohlášení pojištěného v souladu s odst. 5.1 tohoto článku uvedená v úvěrové smlouvě nebo dodatku k úvěrové smlouvě nebo učiněná v rámci resolicitačního programu, případně uvedená v Dotazníku I, Dotazníku II či v Prohlášení pojištěného ke zjišťování zdravotního stavu pro úvěr České spořitelny, a.s., 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.

5.5 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.

5.6 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 peněžitá plnění, která si již vzájemně či ve vztahu k pojištěnému poskytly v souvislosti s takovým pojištěním, a to bez zbytečného odkladu po takovém ukončení platnosti úvěrové smlouvy.

Článek 6

Počátek pojištění, pojistná období, změna pojištění, konec pojištění

6.1 Není-li touto rámcovou smlouvou stanoveno jinak, je pojistným obdobím u jednotlivého pojištění konkrétního pojištěného kalendářní měsíc. První pojistné období začíná dnem počátku pojištění a končí posledním dnem příslušného kalendářního měsíce. Poslední pojistné období začíná prvním dnem kalendářního měsíce, 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 došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, v níž pojištěný vyjádřil souhlas se svým pojištěním;
- b) na 00.00 hodin dne podpisu dodatku k úvěrové smlouvě, v němž pojištěný vyjádřil souhlas se svým pojištěním, případně dne nabytí účinnosti dodatku, je-li dodatek sjednán s podmínkami odkládajícími jeho účinnost, nebo na 00.00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, podle toho, co nastane později;
- c) na 00.00 hodin následujícího dne po dni sjednání přistoupení k pojištění v rámci resolicitačního programu, zejména vyslovením telefonického souhlasu s přistoupením k pojištění nebo sjednáním přistoupení k pojištění prostřednictvím internetového bankovníctví, nebo na 00.00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, podle toho, co nastane později;
- d) v termínu stanoveném v dohodě mezi pojistníkem a pojištěním.

- 6.3 Konec pojištění se stanoví na 24.00 hodin posledního dne platnosti úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které je pojištění sjednáno, případně na 24.00 hodin jiného dne, se kterým tato rámcová smlouva spojuje zánik pojištění, pokud není stanoveno v této rámcové smlouvě jinak.
- 6.4 Délka prvního a posledního pojistného období má vliv na výši pojistného. Pojistné za tato období je inkasováno formou poměrného poplatku za pojištění. Poměrný poplatek za pojištění odpovídá době, po kterou bylo pojištění platné.
- 6.5 Smluvní strany se dohodly na následujícím postupu v případě změny pojištění:
- v případě změny v osobě pojištěného je změna účinná obdobně, jako je tomu v případě počátku pojištění dle odst. 6.2 tohoto článku;
 - v případě změny souboru pojištění, tj. změny souboru pojištění A/Standard, resp. AA / Standard Duo na soubor pojištění B/Plus, resp. BB / Plus Duo a naopak, se počátek pojištění v novém souboru pojištění stanoví na 00.00 hodin prvního dne kalendářního měsíce následujícího bezprostředně po kalendářním měsíci, ve kterém byla účinně sjednána taková změna, nebo na 00.00 hodin dne, kdy došlo k prvnímu čerpání úvěru klientem pojistníka dle úvěrové smlouvy, podle toho, co nastane později;
 - v případě kombinace případů změn uvedených výše pod písmeny a) a b) tohoto odstavce 6.5, jakož i v případě změny v počtu pojištěných, se počátek pojištění stanoví stejně jako v případě uvedeném pod písmenem b) tohoto odstavce 6.5.
- 6.6 Smluvní strany se dohodly, že v případě, kdy pojistník pojištěnému umožní odklad splácení splátek (jistiny) úvěru, pojištění nezaniká a trvá povinnost pojistníka platit pojistné též za pojistná období, ve kterých byl povolen odklad splácení splátek (jistiny) úvěru.
- 6.7 Nesplní-li pojištěný všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 této smlouvy, a to výhradně v případech požadavku na změnu souboru pojištění, při které nedochází k přerušování trvání tohoto pojištění, tj. změně souboru A/Standard, resp. AA / Standard Duo na soubor pojištění B/Plus, resp. BB / Plus Duo a naopak, bude tento požadavek na změnu souboru akceptován a toto automatické přijetí ze strany pojistitele nahradí případnou část prohlášení pojištěného uvedeného v odst. 5.1 této smlouvy, která je nebo může být s tímto prohlášením v rozporu. Pojistitel toto bere na vědomí.

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 uvedeným jako den zániku pojištění v odst. 7.1 tohoto článku zaniká pojištění některým z následujících okamžiků:
- dnem zániku závazku pojištěného platit splátky úvěru;
 - koncem pojistného období, v němž nastane výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 70 let věku;
 - 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;
 - 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;
 - dnem doručení oznámení pojistitele pojistníkovi o odmítnutí plnění za podmínek dle § 24 zákona o pojistné smlouvě;
 - 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;
 - 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 za udržování pojištění dle této rámcové smlouvy je vždy v aktuální výši uvedena v příslušném sazebníku pojistníka.

8.2 Pojistník je povinen uhradit sjednané pojistné za každé pojistné období za pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám 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, kopii „Listu o prohlídce mrtvého“ (kopii pitevního protokolu),
- v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR,
- v případě úmrtí při dopravní nehodě příslušnou dokumentaci o vyšetřování dopravní nehody.

b) V případě invalidity pojištěného poskytnout pojistiteli:

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
- kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků,
- kopie 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, a s uvedením další kontrolní lékařské prohlídky (KLP),

- v případě invalidity způsobené dopravní nehodou příslušnou dokumentaci o vyšetřování dopravní nehody.

c) V případě pracovní neschopnosti pojištěného poskytnout pojistiteli:

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

d) V případě nezaměstnanosti pojištěného poskytnout pojistiteli:

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

e) V případě hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu:

- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
- kopii kompletní propouštěcí zprávy z nemocničního zařízení (včetně podpisu lékaře, razítka a adresy příslušného nemocničního zařízení),
- potvrzení o poskytnutí nemocniční lůžkové péče,
- lékařskou zprávu s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient hospitalizován,
- kopii úvěrové smlouvy včetně všech jejích dodatků.

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

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

a) V případě pracovní neschopnosti: kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie „Potvrzení pracovní neschopnosti“ s vyznačením pravidelných uskutečněných i navrhovaných kontrol u lékaře nebo kopie „Průkazu o trvání pracovní neschopnosti“ (tzv. „lístku na peníze“). Datum splatnosti splátky úvěru musí být pokryto uskutečněnou kontrolou u lékaře, která bude vyznačena datem na „Potvrzení pracovní neschopnosti“ nebo na „Průkazu o trvání pracovní neschopnosti“. V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojistitel pojištěného za práce schopného a svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato pracovní neschopnost trvá nebo trvala.

b) V případě nezaměstnanosti: kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. Datum splatnosti splátky úvěru musí být pokryto datem vystavení potvrzení o vedení v evidenci uchazečů o zaměstnání na příslušném úřadu práce. V případě nedoložení tohoto dokladu považuje pojistitel svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.

9.4 Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení i jiné doklady, které považuje za potřebné, přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. 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 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 přezkoumávat 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 dní 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 pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.10 písm. b) této rámcové smlouvy a výplaty pojistného plnění dle odst. 10.13 této rámcové smlouvy, kdy je oprávněnou osobou pojištěný.

Obmyšlenou osobou je pro účely této rámcové smlouvy pojistník, s výjimkou výplaty pojistného plnění dle odst. 10.9 písm. b) této rámcové smlouvy, kdy je obmyšlená osoba určena v souladu se zákonem.

10.6 Horní hranice pojistného plnění (limit pojistného plnění): Smluvní strany se dohodly, že na celkové pojistné plnění ze všech pojištění poskytovaných pojistitelem dle této rámcové smlouvy u jednoho pojištěného pro případ, že pojištěný uzavřel s pojistníkem jednu

nebo více úvěrových smluv, ve vztahu ke kterým vyjádřil souhlas se svým pojištěním a u nichž se doba, po kterou je pojištěný povinen platit splátky úvěru dle úvěrové smlouvy, jakkoliv časově překrývá, je stanoven limit pojistného plnění ve výši 2 000 000 Kč (slovy: dva miliony korun českých). Pokud pojistitel poskytl pojistné plnění oprávněné osobě z jedné nebo více pojistných událostí jednoho pojištěného v celkové výši 2 000 000 Kč (slovy: dva miliony korun českých), veškerá pojištění tohoto pojištěného vzniklá na základě této rámcové smlouvy zanikají. Omezení dle tohoto odstavce 10.6 se nevztahuje na pojistné plnění v případě smrti pojištěného a invalidity pojištěného.

10.7 Omezení pojistného plnění v případě pojistné události z důvodu invalidity, pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání pojištěného: U každého jednoho pojištěného může plnění z jedné pojistné události z důvodu invalidity, pracovní neschopnosti nebo ztráty zaměstnání činit maximálně 12 splátek úvěru, přičemž pojistné plnění na jednu splátku úvěru nepřesáhne částku 55 555 Kč (slovy: padesát pět tisíc pět set padesát pět korun českých).

10.8 V případě vzniku pojistné události při dopravní nehodě v době trvání pojištění pojistitel poskytne dvojnásobné pojistné plnění v případě pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ invalidity. Maximální výše plnění za pojistnou událost při dopravní nehodě je 1 000 000 Kč (slovy: jeden milion korun českých).

10.9 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) Zemřel-li pojištěný na následky úrazu způsobeného dopravní nehodou v době trvání pojištění do tří let ode dne tohoto úrazu, poskytne pojistitel kromě plnění za pojištění pro případ smrti uvedeného pod písm. a) navíc i plnění za smrt následkem úrazu při dopravní nehodě. Plnění bude poskytnuto ve 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 1 mil. Kč.
- c) V případě, že ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení s příslušnými splátkami úvěru, bude od pojistného plnění určeného dle tohoto odstavce 10.8 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.

10.10 Pojistné plnění v případě pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci – doplnění ustanovení čl. 3, odst. 2 VPP Pojišťovny České spořitelny:

- a) Pojistné plnění v případě invalidity se rovná maximálně 12 splátkám úvěru od data uznání pojištěného invalidním 3. stupně. Při následném potvrzení trvání invalidity vyplatí pojistitel jednorázové pojistné plnění ve výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu následného potvrzení trvání invalidity včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však do výše úvěru sjednané v takové úvěrové smlouvě.
- b) Byla-li invalidita přiznána z důvodu úrazu při dopravní nehodě, poskytne pojistitel pojistné plnění kromě plnění uvedeného pod písm. a) tohoto článku navíc ve výši maximálně 12 splátek úvěru od data uznání pojištěného invalidním 3. stupně. Při následném potvrzení trvání invalidity kromě plnění uvedeného pod písm. a) tohoto článku navíc i jednorázové pojistné plnění za uznání invalidním 3. stupně. Plnění bude poskytnuto ve výši celého nesplaceného zůstatku úvěru, a to ve výši tohoto zůstatku k datu následného potvrzení trvání invalidity včetně dlužných úroků a úhrad a bez ohledu na jejich splatnost, maximálně však 1 mil. Kč.
- c) V případě, že ke dni vzniku pojistné události je pojištěný v prodlení s příslušnými splátkami úvěru, bude od pojistného plnění určeného dle tohoto odstavce 10.9 odečtena částka ve výši neuhrazených splátek úvěru, které byly splatné nejpozději ke dni vzniku pojistné události.
- d) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše měsíční splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.
- e) Odchylně od ustanovení čl. 3, odst. 2 VPP Pojišťovny České spořitelny platí, 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.

10.11 Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného – doplnění ustanovení čl. 3, odst. 3 VPP Pojišťovny České spořitelny:

- a) Výše pravidelného měsíčního opakovaného pojistného plnění se rovná splátkám úvěru, jejichž den splatnosti dle

příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje splátkou úvěru splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti.

- b) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše měsíční splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.
- c) Příslušné výplaty pojistného plnění odpovídají minimálním měsíčním úvěrovým splátkám dle příslušné úvěrové smlouvy, jejichž den splatnosti dle příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání pracovní neschopnosti pojištěného, počínaje měsíční úvěrovou splátkou splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti. Výše minimální měsíční splátky jako pojistného plnění se vypočítává z výše dlužné částky k datu zahájení pracovní neschopnosti pojištěného.

10.12 Pojistné plnění v případě ztráty zaměstnání – doplnění ustanovení čl. 3. odst. 4 VPP Pojišťovny České spořitelny:

- a) Výše pravidelného měsíčního opakovaného pojistného plnění se rovná splátkám úvěru, jejichž den splatnosti dle příslušné úvěrové smlouvy připadá na dobu trvání nezaměstnanosti pojištěného, počínaje splátkou úvěru splatnou v pojistném období, ve kterém bude pojištěný 60. den nezaměstnaný.
- b) Pokud pojištěný uzavře po vzniku pojistné události jakýkoliv dodatek k úvěrové smlouvě, jímž se mění výše splátky úvěru, určí se výše měsíční splátky úvěru pro účely pojistného plnění z titulu této pojistné události bez ohledu na takový dodatek.
- c) V případě, že pojistitel vyplatil pojistné plnění z jedné či více pojistných událostí způsobených ztrátou zaměstnání v celkovém rozsahu 12 splátek úvěru, vznikne pojištěnému nárok na pojistné plnění z další pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání až po uplynutí 12 měsíců ode dne vyplacení 12. splátky úvěru pojistitelem jako pojistné plnění, a to v souladu s ustanovením VPP Pojišťovny České spořitelny.
- d) Za pojistnou událost se nepovažuje ztráta zaměstnání, která nastala v čekací době.

10.13 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).

b) Nárok na plnění z důvodu pojistné události z pojištění hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci nebo úrazu vznikne, pokud hospitalizace trvá nepřetržitě alespoň 3 kalendářní dny, nastala-li hospitalizace mimo čekací dobu. Pojistné plnění ve formě denních dávek je vypláceno za každý den pobytu pojištěného v nemocnici, od 4. dne hospitalizace po dobu maximálně 60 po sobě jdoucích dní. Výše denní dávky je 300 Kč.

c) V případě jedné hospitalizace způsobené více úrazy nebo nemocemi se pro účely výplaty pojistného plnění započítává pouze celková doba hospitalizace (max. 60 po sobě jdoucích dní).

d) Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane více než 60 kalendářních dní ode dne ukončení původní hospitalizace, za níž pojistitel již plnil, považuje se tato nová hospitalizace za novou pojistnou událost. Podmínkou je skutečnost, že po ukončení původní hospitalizace po dobu stanovené lhůty 60 dní nebyl pojištěný pod lékařským dohledem ani neužíval předepsané léky pro příčinu, pro kterou byl původně hospitalizován. Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace nastane ve lhůtě 6 měsíců od ukončení původní hospitalizace a nejedná-li se o případ dle předchozího odstavce, považuje se tato nová hospitalizace za pokračování původní hospitalizace, tj. původní pojistné události.

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

f) Nemocnicí 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.

10.14 Výluky z pojistného plnění – doplnění ustanovení čl. 12 VPP Pojišťovny České spořitelny.

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

- a) 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;
 - b) degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokazaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními;
 - c) léčebných pobytů v lázních, sanatoriích, rehabilitačních centrech, léčebnách, psychiatrických léčebnách nebo zařízeních, zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie nebo závislosti, a to včetně následné pracovní neschopnosti, s výjimkou případů, kdy pojistitel s tím typem léčby vyjádřil předem písemně souhlas, a dále pobytů v zařízeních souvisejících s pečovatelskou službou, jakož i ve speciálních dětských zařízeních a v ústavech sociální péče;
 - d) poruchy duševní a poruchy chování z důvodu nemoci MKN 10 (mezinárodní klasifikace nemoci) – diagnózy F00–F99;
 - e) zákroků a zásahů z lékařského hlediska ne nezbytných, které si pojištěný nechal provést na svém těle, jako např. zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky;
 - f) v případě hospitalizace při porodu je pojistné plnění omezeno na 7 dní, v důsledku těhotenských komplikací v průběhu jednoho těhotenství na max. 28 dní.
- 10.14.2 Pojistitel není povinen poskytnout dvojnásobné plnění za pojistné události vzniklé v důsledku dopravní nehody v případech pojištění pro případ smrti a pojištění pro případ invalidity za následujících okolností:
- a) úrazy osob dopravovaných na částech motorového vozidla, které nejsou určeny k dopravě osob (blatníky, kapota apod.);
 - b) úrazy při účasti motorového vozidla na rychlostních závodech (včetně tréninků);
 - c) úrazy při provádění typových zkoušek rychlosti, brzd, zvratu a stability motorového vozidla, dojezdu s největší rychlostí, zajištění motorových vozidel apod.;
 - d) úrazy osob dopravovaných ve vozidlech (s výjimkou řidiče), která neslouží k dopravě osob, např. silniční válce, buldozery;
 - e) úrazy osob dopravovaných v nákladních automobilech v prostoru pro náklad, pokud není pro dopravu osob určen;

- f) úrazy při účasti lodí nebo letadel na rychlostních nebo vytrvalostních závodech (včetně tréninků na ně);
- g) úrazy při provádění typových zkoušek všech druhů dopravních prostředků;
- h) za případy zranění, které si způsobil sám pojištěný nebo které bylo způsobeno druhou osobou, ani za onemocnění, které nepropuklo v souvislosti s dopravní nehodou;
- i) za úrazy, jestliže šlo o pasažéra ukrývajícího se mimo prostory normálně používané pro cestující a posádku;
- j) pojištění dopravní nehody se nevztahuje na úrazy vzniklé při provozování sportů a zájmových činností s velmi vysokým rizikem úrazu, včetně motoristických sportů.

Článek 11

Výluky z pojištění

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

Článek 12

Povinnosti pojistníka

12.1 Pojistník je povinen:

- a) platit pojistiteli pojistné dle článku 8 této rámcové smlouvy;
- b) odpovědět pojistiteli pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se závazků pojištěného vůči pojistníkovi a stavu jejich plnění, které souvisejí s pojištěním dle této rámcové smlouvy;
- c) poskytovat pojistiteli na základě jeho odůvodněného požadavku další v této rámcové smlouvě neuvedené informace, přehledy či výkazy, které souvisejí s pojištěním, jsou pojistníkovi běžně k dispozici a v důsledku jejich poskytnutí nebude porušeno obchodní či bankovní tajemství pojistníka ani pojistníkovou povinností mlčenlivosti uložená právními předpisy;
- d) informovat pojistitele o uzavřených úvěrových smlouvách, ve vztahu ke kterým vyjádřil pojištěný souhlas s pojištěním a s touto rámcovou smlouvou, včetně veškerých případných dodatků, zejména o výši splátek úvěru vyplývajících z těchto úvěrových smluv a o údajích týkajících se pojištěného;
- e) prokazatelně seznámit pojištěného s obsahem této rámcové smlouvy a s VPP Pojišťovny České spořitelny a předat mu kopii VPP Pojišťovny České spořitelny;
- f) v případech přistoupení k pojištění v rámci resolucitačního programu zajistit splnění povinností spojených s uzavíráním

smluv na dálku, jak vyplývají z obecně závazných právních předpisů, a to v rozsahu, ve kterém se tyto předpisy použijí na vztahy vznikající v rámci přistoupení k pojištění. Smluvní strany prohlašují a činí nesporným, že pokud rámcová smlouva obsahuje ustanovení o přistoupení klienta pojistníka k rámcové smlouvě, rozumí se tím přistoupení k pojištění podle rámcové smlouvy takového klienta pojistníka, nikoliv jeho přistoupení k rámcové smlouvě.

Článek 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 jakémukoliv subjektu v rámci finanční skupiny ERSTE Bank Group a v rámci pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group.

13.3 S výjimkou uvedenou v pravidlech o zpracování osobních údajů obsažených ve VPP Pojišťovny České spořitelny jsou pojistitel a pojistník povinni zachovávat mlčenlivost o obchodním tajemství druhé strany této rámcové smlouvy a o ostatních skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu činnosti dle této rámcové smlouvy. Zejména jsou povinni chránit informace a údaje o pojištěných, obchodních podmínkách, know-how druhé strany, jakož i informace týkající se smluvních stran této rámcové smlouvy, jejího plnění nebo porušení. Tato povinnost přetrvává ještě 5 let po skončení smluvního vztahu z této rámcové smlouvy. V případě porušení této povinnosti mlčenlivosti je smluvní strana, jíž se porušení týká, oprávněna požadovat na smluvní straně, která porušila povinnost mlčenlivosti dle tohoto odstavce 13.3, úhradu smluvní pokuty ve výši 500 000 Kč (slovy: pět set tisíc korun českých) za každý případ porušení této povinnosti. Tato

smluvní pokuta je splatná do 30 dnů ode dne, kdy smluvní strana, která porušila povinnost mlčenlivosti, obdrží písemnou výzvu smluvní strany porušením dotčené k zaplacení smluvní pokuty. Zaplacením smluvní pokuty není dotčeno právo na náhradu škody. Tímto ustanovením není dotčeno oprávnění smluvních stran dle odst. 13.2 tohoto článku.

Článek 14

Závěrečná ustanovení

14.1 Rámcovou smlouvu lze měnit a doplňovat jen se souhlasem obou smluvních stran formou písemných a číslovaných dodatků, které budou podepsány osobami oprávněnými jednat a podepisovat za smluvní strany. Identifikační údaje týkající se smluvních stran a adresy pro listovní či elektronické doručování těmto stranám lze však měnit i jednostranným oznámením doručeným ostatním smluvním stranám a provedeným v dostatečném předstihu tou smluvní stranou, které se týkají, a to způsobem dle článku 13 VPP Pojišťovny České spořitelny.

14.2 Veškeré spory vzniklé z této rámcové smlouvy či v souvislosti s ní, s jejím plněním či porušením ohledně práv a povinností z ní vyplývajících budou řešeny u příslušného soudu v České republice podle českého práva.

14.3 Každá smluvní strana této rámcové smlouvy je povinna komunikovat veškeré záležitosti týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, jakož i jejího plnění či porušení výhradně s druhou smluvní stranou této rámcové smlouvy, a to doručením písemností na její adresu uvedenou v záhlaví této rámcové smlouvy či zasíláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a opatřených zaručeným elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance založeným na komerčním certifikátu.

14.4 Každá smluvní strana je povinna informovat způsobem dle odst. 14.3 tohoto článku druhou smluvní stranu této rámcové smlouvy o každé změně své adresy pro doručování, a to bez zbytečného odkladu po takové změně.

14.5 Podání smluvních stran učiněná v souladu s touto rámcovou smlouvou nabývají účinnosti dnem svého doručení svým adresátům. Pokud nejsou podání doručena z důvodu odmítnutí jejich převzetí, považují se za doručena dnem, kdy bylo jejich přijetí odmítnuto. V případě vrácení zásilky poštou po uplynutí lhůty pro převzetí stanovené vyhláškou o základních službách

Úvěr
Pojištění ke spotřebitelským úvěrům na bydlení

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