



Pojištění pravidelných plateb
k Osobnímu kontu
České spořitelny

ČESKÁ
SPORITELNA
Jsme Vám blíž.



Úvod

Každý z nás se někdy může dostat do situace, kdy nebude moci hradit své pravidelné měsíční výdaje za energie a služby spojené s užíváním bytu či domu (např. za elektrický proud, plyn, teplo, vodné aj.). Pojištění pravidelných plateb Vám pomůže tuto nepříjemnou situaci řešit. Pojištění pravidelných plateb je volitelnou součástí Vašeho účtu u České spořitelny. Zajistí Vám úhradu měsíčních nákladů za dodávku veřejných služeb a energií v případě **dlouhodobé pracovní neschopnosti a/nebo ztráty zaměstnání**.



Jaké jsou výhody pojištění pravidelných plateb?

Jednoduchost a komfort

Pro vstup do pojištění stačí vyslovit souhlas s podmínkami, popř. učinit prohlášení potvrzující splnění podmínek pro vstup do pojištění za pomoci prostředků komunikace na dálku. Nemusíte na lékařskou prohlídku ani vyplňovat složité formuláře.

Poplatek za pojištění je inkasován na konci měsíce přímo z Vašeho účtu.

Kdo je v rámci pojištění pravidelných plateb pojištěn?

Majitel účtu České spořitelny nebo disponující osoba, která splnila podmínky rámcové pojistné smlouvy č. ČSUB 1/2012.



Jaké jsou podmínky pro sjednání pojištění pravidelných plateb?

Soubor pojištění A

Sjednáním tohoto produktu se pojišťujete pro případ **pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci**.

Stačí, když:

- jste mladší 60 let,
- jste zdrav/a,
- nejste invalidní,
- nejste v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků,
- nejste v pracovní neschopnosti.

Soubor pojištění B

Sjednáním tohoto produktu se pojišťujete pro případ **pracovní neschopnosti z důvodu úrazu nebo nemoci a nezaměstnanosti z důvodu ztráty zaměstnání**.

Stačí, když:

- splňujete podmínky pro soubor pojištění A,
- jste zaměstnán/a v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou, v pracovním poměru jste byl/a nepřetržitě zaměstnán/a též v předcházejících 12 měsících a nejste ve zkušební době,
- jste nedal/a ani Vám nebyla dána výpověď z pracovního poměru,
- jste nezrušil/a se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr ani Vám nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele,
- jste neobdržel/a ani nezaslal/a návrh na skončení pracovního poměru dohodou.



Jak se poskytuje pojistné plnění?

- Maximální limit pojistné částky je 7 000 Kč anebo 20 000 Kč.
- U limitu plnění nad 7 000 Kč je při likvidaci pojistné události pojištěný povinen poskytnout potvrzení o výši příjmu.
- Plnění nad 7 000 Kč musí odpovídat maximálně 30 % čistého měsíčního příjmu klienta k datu vzniku pojistné události.

Pracovní neschopnost

Bude-li Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat déle než 60 dnů a splníte-li podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude pojišťovna hradit dohodnutou pojistnou částku na Vámi zvolený účet po dobu trvání Vaší pracovní neschopnosti poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den v pracovní neschopnosti.

Příklad (soubor pojištění A):

Pracovní neschopnost pojištěného nastala 15. 4. Dnem 13. 6. je pojištěný 60. den v pracovní neschopnosti; pracovní neschopnost skončí 20. 7. Pojistitel vyplatí pojištěnému dohodnutou částku ve výši 5 000 Kč za měsíc červen a částku ve výši 3 226 Kč ($5\,000 / 31 \times 20$) za měsíc červenec. (Pojistné plnění se zaokrouhluje vždy na 0,50 Kč.)



Ztráta zaměstnání

Pojišťovna stanovila čekací dobu v délce 90 dnů od data počátku pojištění, ve které není ztráta zaměstnání považována za pojistnou událost. Pokud budete více než 60 dnů po uplynutí čekací doby nezaměstnaný/-á (počítáno ode dne registrace na úřadu práce) a budete splňovat podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, bude po dobu trvání Vaší nezaměstnanosti pojišťovna hradit za každý měsíc trvání nezaměstnanosti dohodnutou pojistnou částku, a to na Vámi zvolený účet poprvé za měsíc, ve kterém budete 60. den nezaměstnaný/-á.

Příklad (soubor pojištění B):

Ztráta zaměstnání pojištěného nastala 15. 4. Dnem 13. 6. je pojištěný 60. den nezaměstnaný; nezaměstnanost skončí 20. 7. Pojistitel vyplatí pojištěnému dohodnutou částku ve výši 5 000 Kč za měsíc červen a částku ve výši 3 226 Kč ($5\ 000 / 31 \times 20$) za měsíc červenec. (Pojistné plnění se zaokrouhluje vždy na 0,50 Kč.)



— Pojišťovna hradí z jedné pojistné události maximálně šest měsíčních splátek. Při opakování pracovní neschopnosti či ztráty zaměstnání hradí pojišťovna vícekrát v průběhu pojištění (riziko nezaniká).

— V případě, kdy pracovní neschopnost nebo nezaměstnanost nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti pojištěného bude neúplný), bude měsíční částka vydělena počtem kalendářních dnů příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti.

— V případě výplaty šesti měsíčních částek za sebou z důvodu nezaměstnanosti vzniká pojištěnému nárok na plnění z další pojistné události až po uplynutí 12 měsíců ode dne výplaty poslední šesté splátky.

— Pokud je pojištěný současně nezaměstnaný a také v pracovní neschopnosti, plní pojišťovna z důvodu pracovní neschopnosti (avšak pouze pokud nastala dříve); z důvodu nezaměstnanosti plní až po ukončení pracovní neschopnosti.

Pro případ pracovní neschopnosti je stanovena čekací doba v délce osmi po sobě jdoucích kalendářních měsíců ode dne sjednaného jako vznik pojištění, a to výlučně pro případ pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství. Tato lhůta bude uplatněna bez výjimky vždy. V této lhůtě není pracovní neschopnost považována za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na pojistné plnění.



Jak postupovat v případě vzniku pojistné události?

Stačí, když:

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

**Zákaznické centrum pro klienty finanční skupiny České spořitelny,
Na Rybníčku 1329/5, P. O. Box 4, 120 00 Praha 2.**

Po nahlášení pojistné události obdržíte poštou formulář
„Hlášení pojistné události“.

Ten vyplníte a spolu s požadovanými doklady zašlete zpět na adresu:

**Zákaznické centrum pro klienty finanční skupiny České spořitelny,
Na Rybníčku 1329/5, P. O. Box 4, 120 00 Praha 2.**

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



Nejčastější dotazy

Je možné sjednat pojištění pravidelných plateb pro OSVČ?

Osoby samostatně výdělečně činné mohou sjednat pojištění pouze v rozsahu „souboru pojištění A“.

Jak prokázat trvání pracovní neschopnosti nebo nezaměstnanosti?

Každé trvání pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti pojištěného musí pojištěný pojišťovně doložit nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však 10. den 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 u lékaře nebo tzv. „lístku na peníze“.

V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojišťovna pojištěného za schopného práce a svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato pracovní neschopnost trvá nebo trvala.

— V případě nezaměstnanosti:

Kopie písemného potvrzení, že je pojištěný veden v evidenci uchazečů o zaměstnání. V případě nedoložení tohoto dokladu považuje pojišťovna svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato nezaměstnanost trvá nebo trvala.

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

Ne, pojistná částka bude vydělena počtem kalendářních dnů příslušného měsíce a vynásobena počtem kalendářních dnů trvání Vaší plné pracovní neschopnosti.

Vztahuje se pojištění dlouhodobé pracovní neschopnosti také na pracovní úrazy?

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



Mohu se pojistit, i když jsem invalidní?

Ne. Klient při vstupu do pojištění prohlašuje, že je zdrav a že není v trvalé lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků.

V průběhu posledního roku jsem byl zaměstnán u dvou společností, pracovní poměr mi navazoval bez přerušení. Mohu se pojistit, i když je v přihlášce uvedeno, že musím být zaměstnán nepřetržitě během posledního roku?

Ano. Důležité je, že jste byl zaměstnán bez přerušení posledních 12 měsíců.

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 cca 8 měsících těhotenství bude v pracovní neschopnosti, nárok na plnění jí vzniká (samozřejmě pokud to nebude za okolností uvedených ve výlukách všeobecných pojistných podmínek a rámcové smlouvy včetně dodatků – viz čekací doba v délce osmi po sobě jdoucích kalendářních měsíců u pracovní neschopnosti z důvodu těhotenství). 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 zpětně v zákonné lhůtě (3 roky + 1 rok u neživotních typů pojištění).

Úplné znění podmínek týkajících se pojištění pravidelných plateb k účtům České spořitelny je uvedeno v rámcové pojistné smlouvě č. ČSUB 1/2012, která je k dispozici na obchodních místech České spořitelny, popř. na webových stránkách České spořitelny (www.csas.cz), a dále ve všeobecných pojistných podmínkách, které jsou v plném znění součástí této informativní brožury.



Přílohy

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

Všeobecné pojistné podmínky pro skupinové pojištění SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

Úvodní ustanovení

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

Obecná ustanovení

ČLÁNEK 1 – Základní pojmy

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

- a) **běžné pojistné** – pojistné stanovené za pojistné období
- b) **čekací doba** – lhůta ve dnech stanovená ve smlouvě ode dne sjednaného jako počátek pojištění, v této lhůtě nevzniká pojistiteli povinnost poskytnout pojistné plnění z 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 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 přerušování pracovní činnosti pojištěný skutečně tuto profesní činnost vykonával
- v) **rámcová pojistná smlouva** (dále jen „smlouva“) – smluvní vztah uzavřený mezi pojistitelem a pojistníkem, na jehož základě jsou sjednávána pojištění jednotlivých pojištěných

- w) **úraz** – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během pojistné doby a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt

ČLÁNEK 2 – Druhy pojištění

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

ČLÁNEK 3 – Rozsah pojištění

1. Pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin

Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde během pojistné doby. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit obmyšlené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) 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 dnů.
- 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, bude-li pojistiteli předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušování pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pokud není na potvrzení o pracovní neschopnosti uvedeno příslušné číslo diagnózy, je pojištěný povinen doložit samostatné lékařské potvrzení s příslušným číselným označením diagnózy již při oznámení pracovní

- neschopnosti pojistiteli a následně při pokračování pracovní neschopnosti.
- d) Pojistitel neplní v případě pokračování a recidivy (opakování) nemocí; neplní za následky nemocí nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.
 - e) Pojistitelem je stanovena čekací doba v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dní ode dne sjednaného 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 dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 60 kalendářních dnů ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za niž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění za podmínek plnění uvedených ve smlouvě.
 - g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojištěného, která nastala pojistná událost jako 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 dnů.
- b) Plněním v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištění nezaniká, s výjimkou případu dosažení horní hranice vyplaceného pojistného plnění uvedené ve smlouvě.
- c) V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje nezaměstnanost toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojištěného, která nastala jako 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 podmínek uvedených ve smlouvě.
3. V případě, že se pojištění stává z pojištěno-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od zjištění této skutečnosti oznámení o zániku pojištění. V tomto případě pojistiteli nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku označenou ve smlouvě jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o zániku pojištění.
4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
5. Pojistník a pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednávaného pojištění. To platí, též jde-li o změnu pojištění. Stejnou povinnost má pojistitel vůči pojistníkovi a pojištěnému.
6. Pojištěný je zejména povinen umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám posoudit pojistné riziko, poskytnout údaje o zdravotním stavu, případně umožnit pojistiteli přezkoumat jeho zdravotní stav, oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.
7. Na základě písemného souhlasu pojištěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil(a), léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě, pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojistitelem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Pojištěný dále souhlasí s tím, že pojistitel je oprávněn v rámci šetření pojistných událostí vyžádat si podklady i od jiných institucí. Pojištěný zprošťuje povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Pojistitel je též oprávněn v případě potřeby ověřovat pobírání invalidního důchodu, příp. ověřit, zda je pojištěný stále invalidní. Skutečnosti týkající se pojištění a skutečnosti, o kterých se

pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí pojistitel použít pouze pro svou potřebu; tyto skutečnosti může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovnám, popř. jejich společným institucím nebo v souladu s právním předpisem.

- 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.
- 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

- Pojištěný vyslovením souhlasu se smlouvou v souvislosti se svým přihlášením do pojištění současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), aby jeho osobní údaje včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů za účelem pojištění (resp. likvidace pojistných událostí), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Pojištěný prohlašuje, že byl v souladu s ustanovením § 11 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a o povinnostech zpracovatelů a správců osobních údajů. Pojištěný souhlasí s předáváním svých osobních údajů do jiných států, a to ve smyslu § 27 zákona o ochraně osobních údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s ust. § 16 zákona o ochraně osobních údajů Úřadem pro ochranu osobních údajů. Tento souhlas je pojištěným udělován i pro účely získávání údajů o jeho zdravotním stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (pověřených zdravotnických zařízení) v souladu s § 55 odst. 2 písm. d zák. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a opravňuje tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i o jeho smrti, pojistiteli sdělovat a dále zmocňuje příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Pojištěný výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané

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

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

ČLÁNEK 7 – Změny pojištění

- Pokud se smluvní strany dohodnou na změně rozsahu jednotlivého již sjednaného pojištění, stává se taková změna účinnou dnem dohodnutým ve smlouvě.
- Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik jednotlivého pojištění.
- 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

- Pojistník je povinen platit pojistné. Pojistné je úplatou za poskytnutou pojistnou ochranu a jeho výše je uvedena ve smlouvě.
- Výše a splatnost pojistného se určují podle sazeb pro jednotlivá pojištění a jsou uvedeny ve smlouvě, popř. v platném sazebníku pojistníka.
- 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.
- Pojistitel má právo v souladu se zákonem upravit výši běžného pojistného na další pojistné období v souvislosti se změnami podmínek rozhodných pro stanovení výše pojistného, s výjimkou změny věku a zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do jednoho měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zapláceno.
- 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

- Pojistnou událostí se rozumí všechny nebo některé následující skutečnosti podle ustanovení smlouvy, ke kterým dojde během pojistné doby:
 - smrt z jakýchkoliv příčin,
 - invalidita 3. stupně v důsledku úrazu nebo nemoci,
 - pracovní neschopnost v důsledku úrazu nebo nemoci,
 - nezaměstnanost pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání,
 - jiná skutečnost související se zdravím nebo se změnou osobního postavení pojištěného, která je sjednaná ve smlouvě.
- Územní platnost pojištění není omezena. Výjimku tvoří pojištění pro případ ztráty zaměstnání, jehož platnost je omezena územím České republiky.
- 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- Oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.
- Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření.
- Řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim.
- 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:

- 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.
- 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:

- 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.
- 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.
- Pojistitel je povinen neprodleně pojistníka informovat o jakýchkoli písemných sděleních pojištěných, jejich právních nástupců, příp. osob stanovených v souladu se zákonem.

ČLÁNEK 10 – Pojistné plnění

- Pojistné plnění je omezeno horní hranicí, danou pojistnou částkou nebo limitem pojistného plnění ve smlouvě.
- V případě pojistné události je pojistitel povinen poskytnout jednorázové nebo opakované pojistné plnění v rozsahu a za podmínek stanovených smlouvou.
- 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.
- Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
- Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, oznámena. Lhůta stanovená pro ukončení šetření neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny pojištěného. Pokud v takovém případě provádí pojistitel zjišťování údajů nutných k obnovení šetření pojistné události na vlastní náklady, není povinen o přerušení běhu lhůty stanovené pro ukončení šetření informovat oprávněnou či obmyšlenou osobu. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel sdělí



výsledky šetření nutného ke zjištění výše pojistného plnění obyčejnou listovní zásilkou oprávněné nebo obmyšlené osobě na korespondenční adresu, případně elektronickou formou (např. elektronickou poštou apod.). Nemůže-li pojistitel ukončit šetření v uvedené lhůtě, je povinen postupovat způsobem určeným v zákoně. Pojistné plnění je splatné do 15 dnů po skončení šetření nutného ke zjištění rozsahu povinnosti pojistitele plnit. Vyplacením pojistného plnění se rozumí připsání finančních prostředků ve výši pojistného plnění na účet určený oprávněnou či obmyšlenou osobou ve smlouvě.

6. Právo na plnění z pojištění pro případ smrti se promlčí nejpozději za 10 let; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet po uplynutí 1 roku od vzniku pojistné události. Právo na plnění z ostatních druhů soukromého pojištění se promlčí nejpozději za 3 roky; promlčecí doba na pojistné plnění počíná běžet po uplynutí 1 roku od vzniku pojistné události.

ČLÁNEK 11 – omezení pojistného plnění

Pojistitel může pojistné plnění snížit i v těchto dalších případech:

1. Pojistitel je oprávněn snížit, podle odůvodněných okolností případu, pojistné plnění, nejvýše však o jednu polovinu:
 - a) došlo-li k pojistné události v souvislosti s jednáním, pro které byl pojištěný soudem uznán vinným trestným činem;
 - b) došlo-li k úrazu u pojištěného v důsledku požití alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události, to odůvodňují; jednali 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 nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.
3. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojištěný v době přistoupení ke smlouvě věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
4. Za zachraňovací náklady ve smyslu zákona nejsou považovány náklady na rekvalifikaci, změny nebo zvyšování kvalifikace při hrozící nebo již vzniklé ztrátě zaměstnání, případně jakékoliv plnění vynaložené pojištěným ve prospěch zaměstnavatele za účelem zabránění ztráty zaměstnání mimo 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 jiných ozbrojených složkách nebo složkách veřejné moci; uvedená omezení se dále nevztahují na případy pojistných událostí jakéhokoliv úmrtí, ke kterým došlo v souvislosti s výkonem povolání nebo pracovní činnosti pojištěného mimo území ČR;
 - d) v případě pojištění druhé osoby, pokud pojistitel plní v souladu s ustanovením smlouvy první pojištěné osobě v rámci jednoho finančního závazku obou pojištěných a přitom počátek a konec pojistné události u druhého pojištěného je v době trvání pojistné události prvního pojištěného;
 - e) sebevražda pojištěného nebo pokus pojištěného o sebevraždu v době do dvou let od data sjednaného jako počátek pojištění;
 - f) profesionálně provozované sporty, při jejichž provozování se používají motorové a bezmotorové létající stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla;
 - g) provozování následujících činností pojištěným bez asistence odborně způsobilé osoby: potápění, speleologie, horolezectví, dálkové plavby, mořský rybolov.
2. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění pracovní neschopnosti** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
- a) poškození tělesné schránky jinou osobou na žádost pojištěného;
 - b) všechny profesionálně provozované sporty, pokusy o rekordy;
 - c) únavový syndrom;
 - d) degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výhřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokázaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními;
 - e) v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz;
 - f) při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách;
 - g) v důsledku pohlavní nákazy a v důsledku nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného jako počátku pojištění;
 - h) v důsledku jakékoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření;
 - i) po přechodu z nemocniční péče do léčby či ošetřování v domácnosti, byla-li nemocniční péče ukončena na vlastní žádost (revers);
 - j) porod, dobrovolné 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 nesplňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce, nebo proto, že pojištěný nesplňuje požadavky pro výkon sjednané práce bez zavinění zaměstnavatele, vše dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v platném znění,
 - c) ztráta zaměstnání, k níž dojde z vlastní vůle pojištěného, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru zaměstnancem pro nevyplacení

mzdy či náhrady mzdy či jakékoliv jejich části dle zákoníku práce v platném znění, za podmínky, že zaměstnanci nebyla vyplacena mzda či náhrada mzdy do 15 dnů po uplynutí termínu splatnosti, kdy je pojištěný povinen doložit tuto skutečnost předložením zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu, a dále vyjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou po pravomocně prohlášeném úpadku zaměstnavatele nebo 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.

ZÁKLADNÍ INFORMACE O POJIŠTĚNÍ V RÁMCOVÉ POJISTNÉ SMLOUVĚ Č. ČSUB 1/2012

(dále jen „rámcová smlouva“) dle § 66 zákona 37/2004 Sb.

Pojistník

Česká spořitelna, a. s., se sídlem
Olbrachtova 1929/62, Praha 4, PSČ 140 00, Česká republika,
IČ: 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 nám. Republiky 115, 530 02 Pardubice, Česká republika,
IČ: 47452820, DIČ: CZ47452820, zapsaná v obchodním rejstříku
vedeném Krajským soudem v Hradci Králové, oddíl B, vložka č. 855.

Orgán odpovědný za výkon dohledu

Česká národní banka, Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1.

Definice všech soukromých pojištění

- a) Soubor pojištění A, který zahrnuje pojištění pro případ pracovní neschopnosti.
- b) Soubor pojištění B, který zahrnuje pojištění pro případ pracovní neschopnosti
a pro případ ztráty zaměstnání.

Pojištění pro případ pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání je pojištěním škodovým. Výše uvedená pojištění kryjí finanční závazek pojištěného, jenž vyslovením souhlasu s aktuálně platnou rámcovou smlouvou (včetně všeobecných pojistných podmínek, které tvoří její přílohu) přistupuje k pojištění, a to v rozsahu souboru pojištění A nebo souboru pojištění B. Popř. je možné k pojištění přistoupit učiněním prohlášení v rámci resolicitačního programu. (Resolicitační program – přistoupení klientů pojistníka k pojištění dle rámcové smlouvy za pomoci prostředků komunikace na dálku, zejména telefonu a internetu.)

Doba platnosti rámcové smlouvy, dodatky k rámcové smlouvě, způsoby zániku rámcové smlouvy, podmínky a lhůty týkající se možnosti odstoupení od rámcové smlouvy a informace o adrese, na kterou je možné odstoupení od rámcové smlouvy zaslat

Rámcová smlouva byla uzavřena mezi Českou spořitelnou, a. s., jako pojistníkem a Pojišťovnou České spořitelny, a. s., Vienna Insurance Group, jako pojistitelem.

Změny rámcové smlouvy jsou možné pouze na základě písemně uzavřeného dodatku mezi pojistníkem a pojistitelem.

Tato smlouva se sjednává jako smlouva na dobu neurčitou s běžným pojistným a měsíčním pojistným obdobím a vstupuje v platnost dnem podpisu poslední ze smluvních stran. Tato smlouva nabývá účinnosti v 00:00 hod. prvního dne prvního kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém vstoupila v platnost.

Ukončením platnosti rámcové smlouvy zanikají práva a povinnosti pojistitele a pojistníka z pojištění osob již pojištěných dle rámcové smlouvy, s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění. Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě rámcové smlouvy nemají vliv na platnost rámcové smlouvy, jakož ani na platnost ostatních pojištění vzniklých na základě rámcové smlouvy.

Způsoby a doba placení pojistného

Pojistné je hrazeno pojistníkem za každé pojistné období za jednotlivá pojištění každého pojištěného na účty pojistitele.

Informace o výši pojistného za každé sjednané soukromé pojištění

Výše pojistného za každé pojistné období činí:

Soubor pojištění A

Výše pojistného za pojištění jednotlivého pojištěného hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období v rozsahu souboru pojištění A je určena vzájemnou dohodou pojistníka a pojistitele a je vždy v aktuální výši uvedena v sazebníku České spořitelny, a. s., pro bankovní obchody.

Soubor pojištění B

Výše pojistného za pojištění jednotlivého pojištěného hrazeného pojistníkem pojistiteli za každé pojistné období v rozsahu souboru pojištění B je určena vzájemnou dohodou pojistníka a pojistitele a je vždy v aktuální výši uvedena v sazebníku České spořitelny, a. s., pro bankovní obchody.

Způsob vyřizování stížností pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob, včetně možnosti obrátit se se stížností na Českou národní banku

Stížnosti klientů jsou vyřizovány dle standardních interních pravidel pojistitele a je možné je směřovat kromě adresy pojistitele uvedené výše na e-mail informace@pojistovnacs.cz nebo pojistovnacs@pojistovnacs.cz nebo na tel. 234 240 250, případně 800 207 207. Stížnosti jsou v případě potřeby řešeny ve spolupráci se smluvními lékaři pojistitele. Po dokončení šetření jsou klienti, kteří podali stížnost, písemně informováni. V případě, že klient podá stížnost k nadřízenému orgánu pojistitele, tj. České národní bance, vyřídí pojistitel stížnost stejným způsobem jako v předchozím případě. Odpověď pojistitel směřuje dle pokynu České národní banky přímo klientovi nebo zašle odpověď zpět České národní bance.

Právo platné pro rámcovou smlouvu

Rámcová smlouva se řídí českým právem.

Jazyk, ve kterém jsou poskytovány pojistné podmínky, a další informace

Všeobecné pojistné podmínky, které jsou nedílnou součástí rámcové smlouvy, jakož i další informace týkající se pojištění, o které zájemce při uzavření požádá, jsou poskytovány v českém jazyce. U tohoto pojištění zákon o daních z příjmů v platném znění neumožňuje snížení základu daně o uhrazené pojistné.