



Pojištění klíčových osob
k podnikatelskému účtu
České spořitelny



ČESKÁ S
SPORITELNA
Jsme Vám blíž.

Úvod

Pojištění klíčových osob rozsahem krytí pomáhá řešit situace, kdy klient, majitel podnikatelského účtu České spořitelny, není schopen hradit svoje závazky.

Pojištění kryje riziko úmrtí nebo invalidity následkem úrazu nebo v rozšířené podobě riziko úmrtí nebo invalidity z jakýchkoliv příčin.

Výhody pojištění

Pro vstup do pojištění postačuje prohlášení pojištěného, kterým dává prokazatelný, ústně vyslovený souhlas s podmínkami nezbytnými pro přistoupení k pojištění. Přistoupení k pojištění lze zajistit též elektronickou formou. Poplatek za pojištění je inkasován přímo z podnikatelského účtu ČS.

Pojištění je možno sjednat až pro tři osoby. Pro každého pojištěného je možno zvolit jinou variantu pojištění a jiný limit pojistného plnění.

Kdo je v rámci pojištění klíčových osob pojištěn?

Majitel podnikatelského účtu ČS nebo zaměstnanec majitele účtu (fyzické či právnické osoby) určený majitelem účtu, který splnil podmínky uvedené v rámcové smlouvě.



Podmínky pro sjednání pojištění

Úroveň pojištění A

Sjednáním tohoto pojištění je kryto riziko úmrtí následkem úrazu a invalidity z důvodu úrazu.

Limit pojistného plnění:

250 000 Kč, 500 000 Kč, 1 000 000 Kč, 1 500 000 Kč

Úroveň pojištění B

Sjednáním tohoto pojištění je kryto riziko úmrtí z jakýchkoliv příčin a invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci.

Limit pojistného plnění:

250 000 Kč, 500 000 Kč, 1 000 000 Kč, 1 500 000 Kč

Stačí, když:

- jste mladší 60 let,
- jste zdrav/a,
- nejste v pracovní neschopnosti,
- nejste uznán/a invalidní/m (invalidita 1., 2., nebo 3. stupně),
- **v případě úrovně pojištění B** navíc nejste v pravidelné lékařské péči ani pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků.

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

Příklad:

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

Jak se poskytuje pojistné plnění?

Invalidita* z důvodu úrazu

V případě, že Vám bude přiznána invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení výhradně z důvodu úrazu a splníte podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění dle zvoleného limitu v rozsahu úrovně pojištění A.

Invalidita* z důvodu úrazu nebo nemoci

V případě, že Vám bude přiznána invalidita 3. stupně ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení z důvodu úrazu nebo nemoci (nejdříve však po dvou letech od okamžiku pojištění – nepatří pro úraz) a splníte podmínky pro vznik nároku na pojistné plnění, vyplatí pojišťovna jednorázové pojistné plnění dle zvoleného limitu v rozsahu úrovně pojištění B.

*Pro účely tohoto pojištění je pojištěný invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 70 % (jedná se o invaliditu 3. stupně). V případě jednorázové výplaty pojistného plnění za invaliditu nedojde k vyřazení pojištěné osoby z pojištění, ale dále pokračuje pojištění pro případ smrti.

Smrt následkem úrazu

V případě úmrtí pojištěného následkem úrazu a při splnění podmínek pro vznik nároku na pojistné plnění pojišťovna vyplatí jednorázové pojistné plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu úrovně pojištění A.

Smrt z jakýchkoliv příčin

V případě úmrtí pojištěného z jakýchkoliv příčin a při splnění podmínek pro vznik nároku na pojistné plnění pojišťovna vyplatí jednorázové pojistné plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu úrovně pojištění B.

Jak oznámit pojistnou událost?

Pojistná událost může být oznámena:

- telefonicky na číslo: **+420 234 240 250**,
- e-mailem na adresu: **informace@pojistovnacs.cz**,
- písemně na adresu:

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY**
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 3
150 00 Praha 5.

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

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

**ZÁKAZNICKÉ CENTRUM PRO KLIENTY
FINANČNÍ SKUPINY ČESKÉ SPOŘITELNY**
Plzeňská 3217/16, P. O. Box 3
150 00 Praha 5

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

Nejčastější dotazy

Je možné provádět změny v pojištění?

Ano, v případě požadavku majitele účtu na změny ve sjednané výši nebo úrovni pojištění je majitel účtu povinen zrušit původní pojištění a sjednat nové pojištění s požadovanými parametry.

Lze pojistnou událost uplatnit zpětně?

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

Komu je vyplaceno pojistné plnění z pojištění pro případ invalidity a z pojištění pro případ smrti?

Oprávněnou osobou i obmyšleným je vždy klient pojištěníka – majitel účtu, ať již vystupuje přímo jako pojištěný nebo jako zaměstnavatel pojištěného, je-li pojištěným zaměstnanec majitele účtu. V případě pojistné události pojistné plnění z pojištění obdrží klient (majitel účtu) přímo na svůj účet. Nesjednává se zajištění závazku formou vinkulace pojistného plnění.



Je možné zrušit pojištění jedné z klíčových osob, např. pokud zaměstnanec z firmy odejde?

Ano, klient (majitel účtu) může kdykoliv v průběhu pojištění požádat o ukončení pojištění, i bez vědomí pojištěného. Může být zrušeno pouze určité ze sjednaných pojištění a ostatní pojištění zůstávají nadále v platnosti.

Úplné znění podmínek týkajících se Pojištění klíčových osob k podnikatelskému účtu České spořitelny je uvedeno v Rámcové pojistné smlouvě č. ČSKPUC 1/2010 včetně dodatků, a dále ve všeobecných pojistných podmínkách. Oba dokumenty jsou v plném znění součástí této informativní brožury.



Přílohy

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



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

VŠEOBECNÉ POJISTNÉ PODMÍNKY PRO SKUPINOVÉ POJIŠTĚNÍ SKUP 1

ze dne 1. listopadu 2009

ÚVODNÍ USTANOVENÍ

Pro smluvní soukromé pojištění (dále jen „pojištění“), které sjednává Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“), platí zákon č. 37/2004 Sb., o smlouvě (dále jen „zákon“), zákon č. 363/1999 Sb., o pojišřovnictví, 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 sjednáváného pojištění platí tento výklad pojmů (abecedně řazený):

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

- c) **nahodilá skutečnost** – skutečnost, která je možná a u které není jisté, zda v době trvání pojištění vůbec nastane, nebo není známa doba jejího vzniku
- d) **nezaměstnaná osoba** – každá osoba, která není 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 vyplácet obmyšlené osobě. Smrtí pojištěného pojištění zaniká. V případě pojištění dvou pojištěných osob (pokud smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) pojištění zaniká smrtí kteréhokoliv z nich.

Pojistné plnění v případě smrti pojištěného:

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

2. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD INVALIDITY

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

Předpoklady pro přiznání invalidity:

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

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

b) U uplatňovaném nároku rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře.

c) Pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci je sjednáno maximálně do 65 let věku pojištěného.

d) Pojistitel neplní v případě, že onemocnění, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.

e) V případě invalidity prvního i druhého pojištěného (v případě, že smlouva umožňuje pojištění druhého pojištěného) se nejprve posuzuje invalidita toho pojištěného, u kterého nastala pojistná událost jako první v pořadí.

Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se invalidita pojištěného, u které nastala jako pojistná událost druhá v pořadí.

V případě invalidity prvního a druhého pojištěného se stejným datem pojistné události bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění u obou pojištěných poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené smlouvou.

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

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

Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti pojištěného:

a) Nárok na pojistné plnění z důvodu pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištěného vznikne, pokud pracovní neschopnost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.

b) Plněním v případě pojistné události v podobě pracovní neschopnosti pojištění nezaniká, s výjimkou případu dovršení horní hranice pojistného plnění uvedeného ve smlouvě.

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

d) Pojistitel neplní v případě pokračování a recidivy (opakování) nemoci; neplní za následky nemoci nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány nebo léčeny před sjednaným počátkem pojištění.

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

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

- g) V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje pracovní neschopnost toho pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se pracovní neschopnost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí. V případě souběhu pracovní neschopnosti prvního a druhého pojištěného se stejným datem vzniku pracovní neschopnosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou pracovních neschopností poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou.
- h) Pokud jedna pracovní neschopnost pojištěného skončí a druhá pracovní neschopnost pojištěného dále pokračuje, bude poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé pracovní neschopnosti dle podmínek uvedených v tomto odstavci.

4. POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD ZTRÁTY ZAMĚŠTNÁNÍ

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

Pojistné plnění v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného:

- a) Nárok na plnění z důvodu pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištěného vznikne, nastala-li nezaměstnanost pojištěného po uplynutí čekací doby pojistitele dle smlouvy a pokud nezaměstnanost pojištěného trvá nepřetržitě alespoň 60 kalendářních dnů.
- b) Plněním v případě pojistné události způsobené ztrátou zaměstnání pojištění nezaniká, s výjimkou případu dosažení horní hranice vyplaceného pojistného plnění, uvedené ve smlouvě.
- c) V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního i druhého pojištěného se nejprve posuzuje nezaměstnanost toho pojištěného, u kterého nastala jako pojistná událost první v pořadí. Pokud z takové pojistné události nevznikne nárok na pojistné plnění, posoudí se nezaměstnanost pojištěného, která nastala jako pojistná událost druhá v pořadí.
- V případě souběhu ztráty zaměstnání prvního a druhého pojištěného se stejným datem vzniku nezaměstnanosti bude v případě vzniku nároku na pojistné plnění z obou nezaměstnaností

poskytnuto pojistné plnění maximálně ve výši stanovené pojistnou smlouvou a dle podmínek odstavce 4 tohoto článku.

- d) Pokud jedna nezaměstnanost pojištěného skončí a druhá nezaměstnanost pojištěného dále pokračuje, bude poskytnuto pojistné plnění až do konce druhé nezaměstnanosti dle podmínek odstavce 4.
- e) Pro účely pojištění podle těchto všeobecných pojistných podmínek se zaměstnáním rozumí i služební poměr a mzdu též plat.
- f) V případě souběhu pojistných událostí u jednoho (příp. i u druhého) pojištěného v podobě nezaměstnanosti pojištěného v důsledku ztráty zaměstnání a pracovní neschopnosti plní pojistitel pouze z titulu té pojistné události, která nastala jako první v pořadí. Z titulu pojistné události, která nastala jako druhá v pořadí, poskytuje dále pojistitel plnění za podmínky, že k datu ukončení první pojistné události jsou jinak splněny podmínky pro poskytnutí plnění z titulu druhé pojistné události.

ČLÁNEK 4 – uzavření smlouvy

1. Smlouva je smlouvou o finančních službách, ve které se pojistitel zavazuje v případě vzniku nahodilé události poskytnout ve sjednaném rozsahu plnění a pojistník se zavazuje platit pojistiteli pojistné.
2. Pojištění vzniká pro každého pojištěného za podmínek uvedených ve smlouvě.
3. V případě, že se pojištění stává z pojistně-technických či jiných důvodů nemožné, má pojistitel právo zaslat pojistníkovi do jednoho měsíce od zjištění této skutečnosti oznámení o zániku pojištění. V tomto případě pojistiteli nevznikl závazek poskytnout pojistné plnění při vzniku nahodilé skutečnosti blíže označené ve smlouvě a pojistník nemá povinnost platit pojistné. Pokud pojistník již uhradil částku ve smlouvě označenou jako pojistné, bude mu vrácena do 30 dnů od data rozhodnutí o zániku pojištění.
4. Posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začne pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin.
5. Pojistník a pojištěný jsou povinni odpovědět pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy pojistitele týkající se sjednaného 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, a oznámit bez zbytečného odkladu pojistiteli všechny změny týkající se skutečností, na které byl pojistitelem tázán nebo které jsou uvedeny ve smlouvě.

7. Na základě písemného souhlasu pojištěného (případně jeho zákonného zástupce) je pojistitel oprávněn zjišťovat a přezkoumávat fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se dosud léčil, léčí nebo bude léčit. Souhlas pojištěný uděluje za účelem svého přistoupení ke smlouvě, pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po své 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 prošťuje 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 informace může pojistitel poskytnout v případě souhlasu pojištěného jiným pojišťovněm, popř. jejich společným institucím nebo v souladu s právním předpisem.
8. Pojistitel je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při sjednávání pojištění, jeho správě a při likvidaci pojistných událostí. Poskytnout tyto informace může jen se souhlasem osoby, které se skutečnosti týkají, nebo pokud tak stanoví právní předpis.
9. Pojištění nelze sjednat pro osoby, které jsou v pracovní neschopnosti (tj. neschopnosti pro jakékoliv onemocnění nebo úraz), jsou hospitalizovány nebo jsou trvale upoutány na lůžko, není-li ve smlouvě uvedeno jinak.

ČLÁNEK 5 – forma právních úkonů

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

ČLÁNEK 6 – zpracování osobních údajů pojištěného

1. Pojištěný vyslovením souhlasu se smlouvou v souvislosti se svým přihlášením do pojištění současně uděluje pojistiteli souhlas v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních

údajů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), aby jeho osobní údaje včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovávány 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 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a opravňuje tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i o jeho smrti, pojistiteli sdělovat a dále zmocňuje příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Pojištěný výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s navrženým pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů.

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

ČLÁNEK 7 – změny pojištění

1. Pokud se smluvní strany dohodnou na změně rozsahu jednotlivého pojištění již sjednaného, stává se taková změna účinnou dnem dohodnutým ve smlouvě.

2. Pojistník je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli změnu nebo zánik jednotlivého pojištění.
3. Pokud pojistník požádá o změnu jednotlivého pojištění a je-li s ní spojena změna pojistného, souhlasí pojistník s jeho úpravou v nezbytně nutné výši odpovídající změnám pojištění.

ČLÁNEK 8 – pojistné a placení pojistného

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

ČLÁNEK 9 – pojistná událost

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

a pravdivě vyplněného formuláře „Hlášení pojistné události“, včetně všech požadovaných a v době nahlášení pojistné události dostupných příloh. Doklady, které si pojistitel vyžádá v rámci šetření pojistné události, je pojištěný povinen předávat písemně.

A. Povinnosti pojištěného:

- a) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření a pojistiteli oznámit, že nastala pojistná událost, podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, vyplnit formulář „Hlášení pojistné události“, předložit k tomu potřebné doklady a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě.
- b) Podat pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků této události, předložit doklady potřebné pro výplatu pojistného plnění, které si pojistitel vyžádá, a to v českém jazyce, a originální dokumenty v cizím jazyce opatřené úředním překladem.
- c) Řídit se pokyny pojistitele a postupovat způsobem dohodnutým ve smlouvě (např. podrobit se lékařské prohlídce na vyzvání pojistitele); pojistitel hradí pouze náklady za lékařskou prohlídku, ostatní náklady hradí pojištěný sám. Pro zjištění rozsahu povinnosti plnit může pojistitel požadovat další nutné doklady a sám provádět další potřebná šetření.
- d) Umožnit pojistiteli nebo jím pověřeným osobám veškerá šetření, nezbytná pro posouzení nároku na pojistné plnění a jeho výši.
- e) Oznámit změny, které mají vliv na výplatu pojistného plnění; je-li pojistnou událostí smrt pojištěného, má tyto povinnosti osoba určená způsobem uvedeným ve smlouvě.
- f) Bez zbytečného odkladu vyhledat lékařské ošetření.
- g) Řídit se pokyny lékaře, podrobit se nařízeným či doporučeným léčebným výkonům a dodržovat léčebný režim.
- h) Pokud možno přispívat ke zmírnění následků pojistné události, tj. chovat se a jednat tak, aby následky pojistné události byly minimální, a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.

B. Důsledky porušení povinností:

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

C. Povinnosti pojistitele:

- a) Pojistitel je povinen provést šetření každé pojistné události, o které se dozví, a písemně informovat oprávněnou osobu, případně obmyšlenou osobu, o výsledku šetření v souladu s ustanovením smlouvy.
- b) Pojistitel je povinen informovat neprodleně pojistníka o každé pojistné události či jiné skutečnosti, která má vliv na rozsah či trvání jednotlivého pojištění a která mu byla nahlášena pojištěným, jeho právním nástupcem, příp. osobou stanovenou v souladu se zákonem.
- c) Pojistitel je povinen informovat neprodleně pojistníka o 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 uvedených ve smlouvě.
4. Pojistné plnění je splatné v České republice v tuzemské měně, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
5. Po oznámení události, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, je pojistitel povinen bez zbytečného odkladu zahájit šetření ke zjištění rozsahu jeho povinnosti plnit. Pojistitel je povinen ukončit šetření do tří měsíců po tom, co mu byla událost, se kterou je spojen požadavek na plnění z pojištění, oznámena. Lhůta stanovená pro ukončení šetření neběží, je-li šetření zneemožněno 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 nejpозději 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 nejpозději 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 pojištěného v důsledku požití alkoholu nebo aplikace návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky a jestliže 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 nebalosti 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-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným úmyslným trestným činem,
 - c) pojištěný nemá právo na pojistné plnění, jestliže si úmyslně poškodil zdraví nebo z jeho podnětu jiná osoba,
 - d) pojištěný uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivě nebo hrubě zkreslené údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.

3. Pojištění se nevztahuje na dobu před počátkem pojištění a pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, pokud pojištěný v době přistoupení ke smlouvě věděl nebo mohl vědět, že pojistná událost již nastala.
4. Za zachraňovací náklady ve smyslu zákona nejsou považovány náklady na rekvalifikaci, změny nebo zvyšování kvalifikace při 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 způsobena pojištěným úmyslně,
 - b) pojistná událost byla způsobena přímo nebo nepřímo jadernou katastrofou nebo jaderným zařízením 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 počátek 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 po dobu, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství,
 - l) v případě zdravotních prohlídek, vyšetření, hospitalizací, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojištěný sám dobrovolně vyžádá,
 - m) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.
 3. Pojistitel není povinen plnit v případě **pojištění ztráty zaměstnání** za následujících okolností nebo v jejich důsledku:
 - a) ztráta zaměstnání pojištěného, která je pojištěnému zaměstnavatelem předběžně oznámena již před datem sjednaným jako sjednání pojištění, a ztráta zaměstnání, ke které reálně dojde před datem sjednaným jako počátek pojištění,
 - b) ztráta zaměstnání, k níž dojde pro porušení povinností vyplývajících z právních předpisů vztahujících se k pojištěným jako zaměstnancem vykonávané práci, nebo proto, že pojištěný

nesplňuje předpoklady stanovené právními předpisy pro výkon sjednané práce, nebo proto, že pojištěný nesplňuje požadavky pro výkon sjednané práce bez zavinění zaměstnavatele, vše dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v platném znění,

- c) ztráta zaměstnání, k níž dojde z vlastní vůle pojištěného, vyjma případu, kdy dojde ke zrušení pracovního poměru zaměstnancem pro nevyplacení mzdy či náhrady mzdy či jakékoliv jejich části dle zákoníku práce v platném znění za podmínky, že zaměstnanci nebyla vyplacena mzda či náhrada mzdy do 15 dnů po uplynutí termínu splatnosti, kdy je pojištěný povinen doložit tuto skutečnost předložením zrušení pracovního poměru s prokázaným doručením zaměstnavateli s výslovným uvedením daného důvodu, a dále vyjma případu, kdy byl pracovní poměr ukončen dohodou po pravomocně prohlášeném úpadku zaměstnavatele nebo byl zapsán do obchodního rejstříku jeho vstup do likvidace,
- d) ztráta zaměstnání, k níž dojde během nebo na konci zkušební lhůty po nástupu do zaměstnání,
- e) ztráta zaměstnání v důsledku předčasného nebo i řádného ukončení pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou,
- f) pojistné události vzniklé v čekací době nejsou považovány za pojistnou událost.

ČLÁNEK 13 – doručování a vzájemná komunikace

1. Písemnosti pojistitele určené pojistníkovi nebo pojištěnému (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou zásilkou nebo doporučenou zásilkou na korespondenční adresu uvedenou ve smlouvě nebo na korespondenční adresu později písemně oznámenou pojistiteli, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Pojistitel odesílá obyčejnou zásilkou písemnosti týkající se běžné korespondence s pojistníkem a výsledky šetření pojistné události.
2. Veškerá písemná sdělení učiněná pojistiteli se považují za převzatá dnem jejich doručení na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.
3. Veškeré písemnosti budou doručovány pouze na území ČR, pokud není ve smlouvě dohodnuto jinak.
4. Pojistitel je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistníkem, pojištěným, případně oprávněnou či obmyšlenou osobou, a to v souvislosti se správou pojištění, řešením pojistných událostí nebo nabídkou produktů a služeb pojistitele a členů Finanční skupiny České spořitelny, a. s., a členy pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují pí-

semnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva. Pojistitel při volbě formy komunikace přihlíží k povinnostem stanoveným příslušnými právními předpisy, charakteru sdělovaných informací, okolnostem, jakož i potřebám a zájmům pojistníka, pojištěného a oprávněné osoby.

5. Pojistník je oprávněn využít alternativní komunikační prostředky pro komunikaci s pojistitelem, pojištěným, případně oprávněnými či obmyšlenými osobami, a to v souvislosti se správou pojištění. Tyto prostředky slouží k urychlení vzájemné komunikace, avšak nenahrazují písemnou formu úkonů v případech, kdy písemnou formu vyžaduje zákon nebo přímo smlouva.
6. Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojištěný pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu sídla pojistitele uvedenou ve smlouvě.

ČLÁNEK 14 – právní vztahy osob zúčastněných na smlouvě

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

ČLÁNEK 15 – rozhodné právo

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

ČLÁNEK 16 – závěrečná ustanovení

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

Rámcová pojistná smlouva / Pojistka č. ČSKPUC 1/2010

(dále také „rámcová smlouva“)

POJISTNÍK

Česká spořitelna, a. s.

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

IČ: 45244782, DIČ: CZ45244782

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

jednající: Ing. Jiřím Škorvagou, CSc., členem představenstva
a náměstkem generálního ředitele
Mgr. Dušanem Baranem, MBA, místopředsdou
představenstva a prvním náměstkem generálního
ředitele

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

jednající: RNDr. Petrem Zapletalem, MBA, předsdou
představenstva a generálním ředitelem
Ing. Jaroslavem Kulhánkem, místopředsdou
představenstva a náměstkem generálního ředitele

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, pojistné 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	Vyluky 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 Prohlášení pojištěného k pojištění

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 Všeobecné pojistné podmínky pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen 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 – majitel účtu, tedy fyzická osoba nebo zaměstnanec majitele účtu (fyzické či právnické osoby) určený majitelem běžného účtu, který splnil podmínky uvedené v čl. 5 této smlouvy. Zaměstnancem se pro účely pojištění podle této rámcové smlouvy rozumí pracovník v jakémkoliv pracovním poměru (včetně pracovního poměru založeného dohodou), jakož i osoba samostatně výdělečná činná zaměstnaná na základě jiné než pracovní smlouvy. Majitel účtu je oprávněn sjednat dle této smlouvy pojištění pro maximálně tři pojištěné osoby.

- 2.2 Pojištění vztahující se k jednotlivému běžnému účtu – samostatné pojištění sjednané majitelem účtu k danému účtu.
- 2.3 Pojistná doba vztahující se k jednotlivému běžnému účtu – doba, která je pro každý účet a každého pojištěného odlišná, začíná dnem stanoveným jako počátek pojištění vztahující se k jednotlivému účtu a pojištěnému a končí dnem stanoveným jako konec pojištění vztahující se k jednotlivému účtu a pojištěnému.
- 2.4 Smlouva o běžném účtu – smlouva, na jejímž základě pojistník zřídil majiteli účtu běžný účet nebo jakýkoliv produkt, který charakterem odpovídá běžnému účtu (dále také „smlouva“).
- 2.5 Běžný účet (dále také „účet“) – běžný účet nebo jakýkoliv produkt, který charakterem odpovídá běžnému účtu, který má majitel běžného účtu veden u pojistníka a ke kterému je nabízeno pojištění dle této smlouvy.
- 2.6 Majitel běžného účtu (dále také „majitel účtu“) – fyzická nebo právnická osoba, která má uzavřenu s pojistníkem Smlouvu o běžném účtu. Pro účely této rámcové smlouvy se za majitele účtu považuje také tzv. disponující osoba, - tj. fyzická osoba oprávněná nakládat s peněžními prostředky na účtu dle dispozice jí udělené Majitelem účtu.
- 2.7 Žádost – formulář pojistníka: Žádost o zřízení nebo zrušení produktu či služby k běžnému účtu vedenému pro jeho majitele u České spořitelny (dále také „žádost“).
- 2.8 Resolucitační program – časově omezená kampaň na pojišťování klientů pojistníka, kdy pojistník předloží svému klientovi nabídku pojištění, a pokud klient přistoupí k pojištění v rámci dodatku k úvěrové smlouvě podpisem prohlášení dle čl. 5 smlouvy, stane se na základě telefonického kontaktu pojištěným.
- 2.9 Pracovní den – den, který není dnem volna ani pracovního klidu a ve kterém pojistník běžně vykonává svou bankovní činnost.
- 2.10 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.

Článek 3 Doba platnosti rámcové smlouvy

- 3.1 Tato rámcová smlouva se sjednává jako smlouva s běžným pojistným, měsíčním pojistným obdobím, na dobu neurčitou, a vstupuje v platnost dnem podpisu poslední ze smluvních

stran. Tato rámcová smlouva nabývá účinnosti v 00.00 hod. prvního dne prvního kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém vstoupila v platnost.

- 3.2 Pro ukončení účinnosti této rámcové smlouvy využijí smluvní strany přednostně dohody, ve které budou stanoveny podmínky ukončení tak, aby nedošlo k poškození oprávněných zájmů pojištěných.
- 3.3 Každá ze smluvních stran může i bez udání důvodu tuto rámcovou smlouvu písemně vypovědět. Výpovědní lhůta činí 3 měsíce a začíná běžet od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla výpověď doručena druhé smluvní straně, a končí uplynutím posledního dne posledního kalendářního měsíce.
- 3.4 Bude-li tato rámcová smlouva ukončena jiným způsobem než dohodou ve smyslu odst. 3.2 tohoto článku, nebo nebude-li v dohodě o ukončení této rámcové smlouvy dohodnut termín ukončení pojištění vztahující se k jednotlivým úvěrovým smlouvám, potom ukončením účinnosti této rámcové smlouvy zanikají veškerá práva a povinnosti smluvních stran vyplývající z této rámcové smlouvy s výjimkou poskytování pojistného plnění vztahujícího se k pojistným událostem vzniklým v době trvání pojištění.
- 3.5 Ukončení či zánik jednotlivého či jednotlivých pojištění vzniklých na základě této rámcové smlouvy a vztahujících se k jednotlivým účtům nemá vliv na účinnost této rámcové smlouvy ani na trvání ostatních pojištění vztahujících se k jednotlivým úvěrovým smlouvám a vzniklých na základě této rámcové smlouvy.

Článek 4

Rozsah pojištění

- 4.1 Na základě této rámcové smlouvy, za podmínek vzniku pojištění k jednotlivému účtu podle čl. 5 této rámcové smlouvy, se sjednává jednotlivé pojištění v rozsahu následujících úrovní:

Úroveň A

pojištění pro případ smrti následkem úrazu a pojištění invalidity z důvodu úrazu

Limit pojistného plnění:

- 250 000 Kč (slovy: dvěšestpadesátisíckorunčeských) nebo
- 500 000 Kč (slovy: pětsettisíckorunčeských) nebo
- 1 000 000 Kč (slovy: jedenmilionkorunčeských) nebo
- 1 500 000 Kč (slovy: jedenmilionpětsettisíckorunčeských)

Úroveň B

pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin a pojištění invalidity z důvodu úrazu nebo nemoci

Limit pojistného plnění:

- 250 000 Kč (slovy: dvěšestpadesátisíckorunčeských) nebo
- 500 000 Kč (slovy: pětsettisíckorunčeských) nebo
- 1 000 000 Kč (slovy: jedenmilionkorunčeských) nebo
- 1 500 000 Kč (slovy: jedenmilionpětsettisíckorunčeských)

- 4.2 Pojištění se sjednává zvlášť ve vztahu ke každé jednotlivé smlouvě o běžném účtu.

Článek 5

Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění

- 5.1 Pojištění v rozsahu jednotlivých úrovní pojištění dle této rámcové smlouvy lze sjednat pro jednotlivý účet:

- a) na základě písemné žádosti majitele účtu o zřízení služby k běžnému účtu spočívající v poskytování pojištění dle této rámcové smlouvy v rozsahu jím zvolené úrovně, která obsahuje i prohlášení pojištěného o přistoupení k rámcové smlouvě, akceptované pojistníkem při uzavření smlouvy o běžném účtu nebo kdykoliv v průběhu trvání smlouvy o běžném účtu. Vzor prohlášení pojištěného tvoří přílohu č. II k rámcové smlouvě,
- b) během telefonického kontaktu pojistníka s majitelem účtu (fyzickou osobou) v rámci resolicitačního programu, a to na základě prokazatelného, ústně vysloveného souhlasu majitele účtu (fyzické osoby) se zřízením služby k účtu spočívající v poskytování pojištění dle této rámcové smlouvy v rozsahu jím zvolené úrovně, který kromě veškerých náležitostí a údajů obsažených v žádosti majitele účtu obsahuje též výslovné konstatování majitele účtu, že je mu znám obsah VPP Pojišťovny České spořitelny a rámcové smlouvy a že přistupuje k rámcové smlouvě v plném rozsahu (dále jen „ústní souhlas majitele účtu“).

- 5.2 Prohlášení pojištěného o přistoupení k rámcové smlouvě ve smyslu odst. 5.1 článku 5 této rámcové smlouvy se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s ustanoveními zákona o pojistné smlouvě.

- 5.3 Pojistitel může v individuálních případech rozhodnout o přistoupení k pojištění dle této rámcové smlouvy také na základě dodatečně získaných informací i přesto, že nejsou splněny všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 tohoto článku rámcové smlouvy. 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 rámcové smlouvy, které je s tímto rozhodnutím v rozporu, popř. že je pojistník oprávněn změnit odpovídajícím způsobem text prohlášení pojištěného, aby bylo v souladu s tímto rozhodnutím pojistitele.

- 5.4 Pojistník je oprávněn písemně prohlášení pojištěného o přistoupení k rámcové smlouvě zajistit též elektronickou formou, a to v souladu s příslušnými právními předpisy.
- 5.5 Pojistník je povinen údaje o pojištěných oznamovat pojistiteli v souladu s příslušnou prováděcí smlouvou, kterou je řešeno předávání informací mezi pojistníkem a pojistitelem. Při porušení této povinnosti je pojistitel oprávněn v případě vzniku pojistné události pojištění odmítnout, případně přiměřeně snížit.

Článek 6

Počátek pojištění, pojistné období, změna pojištění, konec pojištění

- 6.1 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu a pojištěnému vzniká od okamžiku, kdy pojistník akceptuje žádost majitele účtu, resp. dnem pozdějším dle požadavku majitele účtu uvedeným v žádosti.
- 6.2 V případě ústního souhlasu majitele účtu (fyzické osoby), vysloveného v rámci kontaktu ze strany pojistníka v resolucitačním programu, vzniká pojištění v 00.00 hodin následujícího dne po dni, v němž majitel účtu – fyzická osoba – souhlas vyslovil, resp. dnem pozdějším dle požadavku majitele účtu (fyzické osoby).
- 6.3 Pojištění se sjednává v různých úrovních, dle volby majitele účtu uvedené v žádosti. V případě požadavku majitele účtu na změny ve sjednané výši nebo úrovni pojištění je majitel účtu povinen zrušit původní pojištění a sjednat nové pojištění s požadovanými parametry. Takto sjednaná změna je účinná od 00.00 hod. prvního dne následujícího kalendářního měsíce po dni, kdy pojistník akceptuje žádost majitele účtu o pojištění s novými parametry.
- 6.4 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu a pojištěnému zaniká ve 24.00 hodin dne, kdy nastane skutečnost, s níž je spojen zánik pojištění, není-li stanoveno v této smlouvě jinak.
- 6.5 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.

- 6.6 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.
- 6.7 Nesplní-li pojištěný všechny podmínky uvedené v odst. 5.1 této smlouvy, a to výhradně v případech požadavku na změnu v souboru pojištění, při které nedochází k přerušení trvání tohoto pojištění, tj. změně souboru pojištění A na soubor pojištění B 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, které je nebo může být s tímto prohlášením v rozporu. Pojistitel toto bere na vědomí.

Článek 7

Zánik jednotlivého pojištění

- 7.1 Jednotlivá pojištění, vztahující se k jednotlivému účtu a jednotlivému pojištěnému, zanikají:
- dohodou mezi pojistníkem a majitelem účtu;
 - skončením účinnosti smlouvy o běžném účtu, k níž se pojištění vztahuje (pojištění končí shodným dnem);
 - dnem převedení běžného účtu, ke kterému je sjednáno pojištění dle této rámcové smlouvy, na standardní běžný účet nebo jiný program běžného účtu, k němuž není pojištění dle této rámcové smlouvy pojistníkem poskytováno/nabízeno;
 - v případě, kdy není možno vyinkasovat ve třech po sobě jdoucích pojistných obdobích pojistné v celkové sumě pojistného pro všechna pojištění sjednaná k danému účtu z důvodu nedostatku finančních prostředků na běžném účtu (pojištění končí k poslednímu dni třetího pojistného období, ve kterém nebylo pojistné vyinkasováno);
 - změnou osoby majitele účtu; pojištění zaniká dnem, v němž taková situace nastala; pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;
 - úmrtním majitele účtu (fyzické osoby); k ukončení pojištění dochází ke dni, kdy se pojistník prokazatelným způsobem dozvěděl o úmrtí majitele účtu (fyzické osoby); pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;

- g) úmrtím pojištěného; k ukončení pojištění dochází ke dni, kdy se pojistník prokazatelným způsobem dozvěděl o úmrtí pojištěného; pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období, ve kterém pojištění vztahující se k jednotlivému účtu zaniklo;
 - h) dnem zrušení a zániku společnosti – majitele účtu (právnícké osoby); pojistiteli náleží pojistné za poslední pojistné období do dne zániku/zrušení společnosti;
 - i) koncem pojistného období, v němž nastane výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 70 let věku;
 - j) 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 zbývajících vyhotovení si ponechá pojistník; v prvních dvanácti měsících pojistného období nelze vypovědět pojištění ze strany klienta pojistníka;
 - k) 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;
 - l) dnem doručení oznámení pojistitele pojistníkovi o odmítnutí plnění za podmínek dle § 24 zákona o pojistné smlouvě.
- 7.2 Pojištění vztahující se k jednotlivému účtu může být ukončeno i dalšími způsoby uvedenými na jiném místě této rámcové smlouvy, Všeobecných pojistných podmínek pojištění pro skupinové pojištění SKUP 1 Pojišťovny České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, které tvoří přílohu č. I této rámcové smlouvy, nebo způsoby stanovenými zákonem o pojistné smlouvě, 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 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 jednotlivé smlouvě o účtu a pojištěnému na účet pojistitele.
- 8.3 Pojistitel má právo v souladu s ustanovením § 13 zákona o pojistné smlouvě 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. Pokud pojistník se změnou výše pojistného nesouhlasí a svůj nesouhlas uplatní do 1 měsíce ode dne, kdy se o navrhované změně prokazatelným způsobem dozvěděl, pojištění zanikne uplynutím pojistného období, na které bylo pojistné zaplacené.

Článek 9 Podmínky pro likvidaci pojistné události

- 9.1 V případě, že nastala pojistná událost, je majitel účtu nebo osoba určená dle ust. § 51 zákona o pojistné smlouvě (dále jen „oprávněná osoba“) povinna poskytnout pojistiteli bez zbytečného odkladu níže uvedené prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění.
- a) V případě smrti pojištěného poskytnout pojistiteli:
- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
 - úředně ověřenou kopii úmrtího listu,
 - sdělení lékaře o příčině úmrtí, kopii „Listu o prohlídce mrtvého“ (kopii pitevního protokolu),
 - v případě úmrtí následkem úrazu protokol vyšetřování od Policie ČR.
- b) V případě invalidity pojištěného poskytnout pojistiteli:
- vyplněný příslušný formulář pojistitele „Hlášení pojistné události“,
 - úředně ověřenou kopii rozhodnutí příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení spolu s kopií lékařské zprávy o zdravotním stavu, na jejímž základě byla invalidita přiznána,

- úředně ověřenou kopii „Rozhodnutí o přiznání invalidity“ od České správy sociálního zabezpečení.
- 9.2 Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, popřípadě s osobou oprávněnou.
- 9.3 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.
- 9.4 Pojištěný a oprávněná osoba jsou povinni poskytnout pojistiteli součinnost v souladu s touto rámcovou smlouvou v případě, že pojistitel uplatní oprávnění zjišťovat a přezkoumat skutečnosti důležité pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Článek 10

Pojistné plnění

- 10.1 V případě vzniku nároku na pojistné plnění dle této rámcové smlouvy a VPP Pojišťovny České spořitelny a poté, co pojistitel obdrží od majitele účtu (popř. oprávněné osoby) doklady uvedené v této smlouvě, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění do 15 dnů ode dne, kdy skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledky majiteli účtu (popř. oprávněné osobě).
- 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 majiteli účtu (popř. oprávněné osobě) důvody, pro které nelze šetření ukončit, popř. ho 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 pojistníka, pojištěného nebo oprávněné osoby.
- 10.4 Samotné právo na výplatu pojistného plnění nemá vliv na zánik pojištění, pokud k zániku pojištění jednotlivého pojištěného došlo po vzniku pojistné události a právo na výplatu pojistného plnění bylo u pojistitele řádně

- uplatněno v souladu s touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny.
- 10.5 Oprávněnou osobou i obmyšleným je pro účely této rámcové smlouvy vždy klient pojistníka – majitel účtu, ať již vystupuje přímo jako pojištěný nebo jako zaměstnavatel pojištěného, je-li pojištěným zaměstnanec majitele účtu.
- 10.6 **Pojištění pro případ smrti**
Pojistnou událostí je smrt pojištěného, ke které dojde během pojistné doby. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit obmyšlené osobě.
V případě smrti pojištěného z jakýchkoliv příčin během pojistné doby vyplatí pojistitel na základě prohlášení pojištěného ze smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění, jednorázové plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu souboru pojištění B.
- 10.7 **Pojištění pro případ invalidity**
Pojistnou událostí je přiznání invalidity pojištěnému, ke kterému dojde během pojistné doby. Invaliditou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí výhradně a pouze invalidita 3. stupně.
Pojištěný je invalidním, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:
a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 70%, nebo
b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.
V případě, že byla pojištěnému během pojistné doby přiznána invalidita ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení z důvodu úrazu nebo nemoci, nejdříve však po dvou letech od okamžiku počátku pojištění – neplatí pro úraz –, vyplatí pojistitel na základě prohlášení pojištěného dle článku 5 této smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění, jednorázové plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu úrovně pojištění B.
- 10.8 **Pojištění pro případ smrti následkem úrazu**
Pojistnou událostí je smrt pojištěného následkem úrazu, ke které dojde během pojistné doby. Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit obmyšlené osobě.
V případě smrti pojištěného následkem úrazu během pojistné doby vyplatí pojistitel na základě prohlášení pojištěného ze smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění, jednorázové pojistné plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu úrovně pojištění A.

10.9 Pojištění pro případ invalidity z důvodu úrazu

Pojistnou událostí je přiznání invalidity pojištěnému, ke kterému dojde během pojistné doby z důvodu úrazu. Invaliditou se ve smyslu tohoto pojištění rozumí invalidita 3. stupně. Pojištěný je invalidním, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:

- a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 70%, nebo
- b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.

V případě, že byla pojištěnému během pojistné doby přiznána invalidita ve smyslu platných předpisů o sociálním zabezpečení výhradně z důvodu úrazu, vyplatí pojistitel na základě prohlášení pojištěného ze smlouvy, z něhož vznikl nárok na toto pojistné plnění, jednorázové plnění dle zvoleného limitu pojistného plnění v rozsahu úrovně pojištění A.

10.10 Horní hranice pojistného plnění (limit pojistného plnění)

Smluvní strany se dohodly, že na celkové pojistné plnění ze všech pojištění dle této rámcové smlouvy u jednoho pojištěného (pro případ, že majitel účtu uzavřel s pojistníkem jednu nebo více smluv o běžném účtu, v rámci kterých pojistil vícekrát téhož pojištěného a u nichž se doba platnosti smluv o běžném účtu jakkoli časově překrývá) je stanoven limit pojistného plnění ve výši 1 500 000 Kč (slovy: jedenmilionpětsettisíkorunčeských). Pokud pojistitel poskytl pojistné plnění z jedné nebo více pojistných událostí jednoho pojištěného (pro případ, že majitel účtu uzavřel s pojistníkem jednu nebo více smluv o běžném účtu, v rámci kterých pojistil vícekrát téhož pojištěného a u nichž se doba platnosti smluv o běžném účtu jakkoli časově překrývá) v celkové výši 1 500 000 Kč (slovy: jedenmilionpětsettisíkorunčeských), veškerá pojištění tohoto pojištěného vzniklá na základě této rámcové smlouvy zanikají.

10.11 O uplatňovaném nároku v případě invalidity rozhodne pojistitel na základě odborné lékařské expertizy od smluvního lékaře pojistitele. Pojištění invalidity je sjednáno maximálně do 65 let věku pojištěného. Pojistitel neplní v případě, že onemocnění nebo úraz, jehož následkem byla pojistná událost, nastalo, bylo diagnostikováno nebo léčeno před sjednaným počátkem pojištění.

Dojde-li v posledních dvou letech před uznáním pojištěného invalidním ke změně rozsahu pojištění na B či k navýšení limitu pojistného plnění v rámci zvolené úrovně pojištění,

vyplatí pojistitel pojistnou částku platnou před jejím zvýšením. Jestliže byl pojištěný uznán invalidním výlučně v důsledku úrazu, ke kterému došlo v době trvání pojištění, vyplatí pojistitel částku platnou po jejím zvýšení.

Článek 11

Výluky z pojištění

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

Článek 12

Povinnosti pojistníka

Pojistník je povinen:

- a) platit pojistiteli pojistné dle čl. 8 této rámcové smlouvy;
- b) odpovídat pojistiteli pravdivě a úplně na všechny písemné dotazy týkající se pojištění dle této rámcové smlouvy, a to v rozsahu údajů, které mu jsou známy;
- c) poskytovat pojistiteli součinnost, zejména:
 - dbát, aby žádost majitele účtu s prohlášením pojištěného o přistoupení k pojištění anebo jeho žádost o ukončení pojištění byly řádně vyplněny, podepsány a uchovávány,
 - předávat pojistiteli identifikační údaje vztahující se k jednotlivým účtům a pojištěným v souladu s prováděcí smlouvou, která toto předávání upravuje;
- d) na základě odůvodněného požadavku pojistitele poskytovat další informace, přehledy či výkazy v této rámcové smlouvě neuvedené, které souvisí s pojištěním, jsou pojistníkovi běžně k dispozici, a nebude-li tak porušeno obchodní či bankovní tajemství pojistníka ani pojistníková povinnost mlčenlivosti uložená právními předpisy;
- e) prokazatelně seznamovat majitele účtu (pojištěné) s obsahem rámcové smlouvy a s VPP Pojišťovny České spořitelny a předávat těmto osobám kopie těchto dokumentů (v případě přistupování k pojištění v rámci resolicitačního programu pak zajistit možnost seznámení se s dokumenty na internetových stránkách pojistníka nebo v jeho obchodních místech).

Článek 13

Povinnosti pojistitele, důvěrnost informací, povinnost mlčenlivosti

13.1 Pojistitel je povinen:

- a) v případě vzniku pojistné události poskytnout pojištěnému, popř. oprávněné osobě pojistné plnění v rozsahu stanoveném touto rámcovou smlouvou a VPP Pojišťovny České spořitelny;
- b) poskytovat školení o pojištění podle této rámcové smlouvy pojistníkovi, resp. jeho zaměstnancům nebo jím zmocněným osobám, které též vstupují do kontaktu s pojistitelnými osobami a pojištěnými;
- c) zajistit s pojistníkem pravidelnou komunikaci včetně stanovení odpovědných osob;
- d) informovat pojistníka nejméně dva měsíce předem o změnách VPP Pojišťovny České spořitelny, jakož i o změnách zákonů či vydání nových zákonů, týkajících se pojištění dle této rámcové smlouvy. Poskytnout pojistníkovi dostatečné podklady pro to, aby se změnami mohl pojistník seznámit majitele účtu.

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 kterémukoli 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 podle 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, již se porušení týká, oprávněna požadovat na smluvní straně, která porušila povinnost mlčenlivosti dle tohoto odstavce, úhradu smluvní pokuty ve výši 500 000 Kč (slovy: pětsettisickorunčeských) 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 smlouvou 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 o veškerých záležitostech týkajících se pojištění dle této 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 zasláním zpráv prostřednictvím veřejné datové sítě elektronickými prostředky na elektronickou adresu datového uzlu určenou touto smluvní stranou, a to v šifrované podobě a se zaručeným elektronickým podpisem pověřeného zaměstnance pojištěného založeným na kvalifikovaném certifikátu ve smyslu zákona č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů, v platném znění.

14.4 Každá smluvní strana je povinna informovat způsobem dle odstavce 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 držitele poštovní licence je dnem doručení písemností poslední den stanovené lhůty.

- 14.6 Rámcová smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá ze smluvních stran obdrží jeden stejnopis.
- 14.7 Smluvní strany prohlašují, že si tuto rámcovou smlouvu včetně jejích příloh před jejím podpisem přečetly, že s jejím zněním souhlasí a že byla uzavřena po vzájemném projednání dle jejích svobodné a vážné vůle, určitě a srozumitelně, že nebyla uzavřena v tísní ani za jinak jednostranně nevýhodných podmínek. Autentičnost této rámcové smlouvy potvrzují svým podpisem.
- 14.8 V případě rozporu mezi textem této rámcové smlouvy a VPP Pojišťovny České spořitelny má přednost text této rámcové smlouvy.
- 14.9 V případě, že některé ustanovení této rámcové smlouvy bude neplatné či nevymahatelné, neovlivní to platnost či vymahatelnost ostatních ustanovení této rámcové smlouvy.

Rámcová smlouva ze dne 12. července 2010
ve znění účinném k 1. červnu 2015

**Podnikání
Pojištění klíčových osob
k podnikatelskému účtu České spořitelny**

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