

**Dodatek č. 2 k Rámcové pojistné smlouvě č. ČSH 1/2009
ze dne 15. 12. 2009
(dále jen „dodatek“ a „rámcová smlouva“)**

uzavřený mezi níže uvedenými společnostmi:

Česká spořitelna, a.s.

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

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

Mgr. Dušanem Baranem, MBA, místopředsdou představenstva

jako pojistník (dále jen „**pojistník**“)

na straně jedné

a

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

Ing. Jaroslavem Kulhánkem, místopředsdou představenstva

jako pojistitel (dále jen „**pojistitel**“)

na straně druhé.

Pojistník a pojistitel se dohodli na následujícím dodatku k rámcové smlouvě:**Článek 5 „Podmínky pro vstup do pojištění, vznik pojištění“, odst. 5.1 rámcové smlouvy se nahrazuje tímto zněním:**

- 5.1 Fyzická osoba (klient pojistníka) – dlužník nebo spoludlužník z úvěrové smlouvy se závazkem pravidelně splácet pojistníkovi jím poskytnutý úvěr – může přistoupit k pojištění dle této rámcové smlouvy pouze za předpokladu, že splnila ke dni vzniku pojištění veškeré podmínky uvedené níže v tomto odstavci 5.1:

V rámci úvěrové smlouvy nebo dodatku k úvěrové smlouvě podepsala prohlášení potvrzující, že splňuje níže uvedené podmínky, nebo toto prohlášení učinila telefonicky v rámci resolicitačního programu:

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

pro případ přistoupení k pojištění na základě souboru pojištění B navíc:

- dle svého prohlášení je zaměstnána v pracovním poměru sjednaném na dobu neurčitou a byla zaměstnána v pracovním poměru nepřetržitě též v předcházejících 12 měsících a není ve zkušební době;
- dle svého prohlášení nedala, ani jí nebyla dána výpověď z pracovního poměru, nezrušila se zaměstnavatelem okamžitě pracovní poměr, ani jí nebyl zrušen ze strany zaměstnavatele, neobdržela od zaměstnavatele ani nezaslala zaměstnavateli návrh na skončení pracovního poměru dohodou;

pro případ, že sjednaná výše úvěru dle aktuálního znění úvěrové smlouvy, ve vztahu ke které výše uvedená osoba vyslovila souhlas se svým pojištěním dle této rámcové smlouvy, je vyšší než Kč 1.500.000 Kč (slovy: jeden milion pět set tisíc korun českých) a nižší než Kč 2.500.000 Kč (slovy: dva miliony pět set tisíc korun českých) včetně, navíc řádně vyplnila Dotazník I, předložila jej prostřednictvím pojistníka pojistiteli a pojistitel na základě takto vyplněného Dotazníku I vyslovil předchozí souhlas s jejím pojištěním;

Smluvní strany prohlašují a činí nesporným, že pokud rámcová smlouva obsahuje ustanovení o přistoupení klienta pojistníka k rámcové smlouvě, rozumí se tím přistoupení k pojištění podle rámcové smlouvy takového klienta pojistníka, nikoli jeho přistoupení k rámcové smlouvě.

PŘÍLOHY k rámcové smlouvě se nově doplňují o Přílohu II.

Příloha II – vzor Dotazníku pojištěného

Ostatní ustanovení rámcové smlouvy zůstávají tímto dodatkem nedotčena.


Tento dodatek je vyhotoven ve dvou exemplářích, po jednom pro každou smluvní stranu.

Dodatek nabývá účinnosti dnem 16. 7. 2012.


V Praze dne 16. 7. 2012


Česká spořitelna, a.s.


.....
Ing. Jiří Škorvaga, CSc.
člen představenstva


.....
Mgr. Dušan Baran, MBA
místopředseda představenstva

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


.....
RNDr. Petr Zapletal, MBA
předseda představenstva


.....
Ing. Jaroslav Kulhánek
místopředseda představenstva
**Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group
centrála**

R



000000000Z0103

Dotazník pojištěného

10-2011

- Pojištění: k hypotečním úvěrům České spořitelny, a.s.
 k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.
 k úvěrům pro podnikatele

Z0103H**POJISTITEL**

Příjmení a jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/> @
Výše úvěru	<input type="text"/>	Doba splácení	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jde o refinancování původního úvěru č.	<input type="text"/>	ve výši	<input type="text"/>

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, invalidity a pracovní neschopnosti)	A <input type="checkbox"/>	AA <input type="checkbox"/>
Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, invalidity, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání)	B <input type="checkbox"/>	BB <input type="checkbox"/>

I. Uveďte přesnou adresu (vč. telefonu) lékaře, který má Vaši zdravotní dokumentaci:

Navštěvujete pravidelně odborného lékaře?	Pokud ano, uveďte jeho adresu, odbornost a datum a důvod poslední prohlídky:
NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	

II. Povolání

1. Povolání, pracovní zařazení (funkce):	<input type="text"/>
2. Obor činnosti (odvětví):	<input type="text"/>

III. Zaškrtněte zvolenou odpověď (v případě ANO uveďte detaily)

2. a) Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti delší než čtyři týdny?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	a) Od kdy a s jakou diagnózou:
b) Máte jiné zdravotní problémy?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	b) Jaké:

IV. Trpíte nebo jste v minulosti trpěli chorobami nebo potížemi souvisejícími s:

Přesná diagnóza, výsledek vyšetření:

1. dýchacím systémem (astma, opakující se nebo chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
2. srdcem a cévním systémem (vysoký krevní tlak, infarkt, oběhové potíže, vrozená srdeční vada, srdeční selhání, stavy bušení srdce, cévní mozkové příhoda, zánět žil, křečové žíly aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Aktuální hodnota krevního tlaku:
3. nervovým systémem (epilepsie, závratě, obrna, poškození nervů aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
4. psychickými potížemi (únava, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu aj.), poruchami chování?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
5. zažívacím systémem (brániční kýla, žaludeční, dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. záněty, krvácení, hemeroidy, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní apod.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
6. močopohlavním systémem (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, močové kameny, prostaty, krev nebo bílkoviny v moči, gynekologické potíže aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
7. imunitním systémem a infekčními chorobami (AIDS, pohlavně přenosná onemocnění, infekční žloutenka, tropické nemoci aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Typ, jak dlouho, způsob léčby:
8. kožními chorobami (ekzémy, alergie, lupénka, plísňe, rakovina kůže)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	

9. chorobami krve a metabolismismu a jinými hormonálními poruchami? a) cukrovka b) cholesterol c) onemocnění štítné žlázy d) poruchy krvetvorby, srážlivosti e) dna, chudokrevnost	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a) Jaký typ, jak dlouho: b) Hodnota: c) Hyperfunkce, nebo hypofunkce: d) Uveďte konkrétní diagnózu: e)
10. zrakem nebo sluchem (vady zraku – krátkozrakost, dalekozrakost, snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zelený zákal, vady sluchu – záněty aj.)?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dioptrie – vlevo – vpravo
11. Vyskytla se u Vás zhoubná onemocnění?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jaká, kdy a kdy byla ukončena léčba: Přiložte poslední zprávu z onkologie.
12. Podstoupil/a jste v posledních pěti letech specialní vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, endoskopie, ozarování aj.)?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jaké, důvod:
13. Byla u vás zjištěna HIV pozitivita (AIDS)?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
14. Jaká je Vaše váha a výška?	váha: <input type="text"/> kg Výška: <input type="text"/> cm	
15. Kouříte?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Co, kolik denně, jak dlouho:
16. Užíváte pravidelně léky, jste pod lékařským dohledem? Byly vám někdy předepsány léky s dobou užívání delší než čtyři týdny?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Jaké, jak dlouho, dávkování:
17. Léčíte se nebo jste se léčil/a pro závislost na alkoholu nebo drogách?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pro jakou a kdy:
18. Vyskytl se u Vás úraz (otrava) vyžadující pobyt, vyšetření v nemocnici (operaci), popř. další léčení? Je u Vás tento pobyt (operace) v současnosti plánován?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kdy, důvod, následky (v případě úrazu končetiny uveďte pravá/levá):
19. Trpíte nebo jste v posledních sedmi letech trpěl/a obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kdy, důvod, následky:

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně a uděluji výslovný souhlas pojistiteli ke zjišťování a přezkoumávání skutečností týkajících se mého zdravotního stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele, a to v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění a jsem si vědom/a případných důsledků v případě, že by se mé odpovědi na dotazy v tomto dotazníku ukázaly jako nepravdivé nebo neúplné.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojištnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojištnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojištnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje budou zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Datum Podpis pojistníka, pojištěného

Vyjádření oddělení vzniku a kontroly pojištění k návrhu pojištění (jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel):

Datum <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>

Pojistitel
Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group
nám. Republiky 115
530 02 Pardubice

Tento dotazník se pojistiteli nezasiílá v případě, že výše úvěru činí max. 4 999 999 Kč a současně je na všechny dotazy odpovězeno pojištěným záporně. Dotazník pak musí být založen k dokumentaci úvěrové smlouvy pojištěného.