

**DODATOK č. 6 K RÁMCOVEJ POISTNEJ ZMLUVE
PRE POISTENIE SCHOPNOSTI SPLÁCAŤ ÚVER NA BÝVANIE**

č. VUB4028
(ďalej len „Dodatok“)

Dodatok uzatvárajú spoločnosti:

Všeobecná úverová banka, a. s.

ďalej len „poistník“

so sídlom: Mlynské nivy č. 1, 829 90 Bratislava

IČO: 31 320 155

IČD: SK7020000207

DIČ: 2020411811

zapísaná: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., odd.: Sa, vložka č. 341/B

zastúpená: Alexander Resch, generálny riaditeľ a predseda predstavenstva

Martin Techman, MBA., člen predstavenstva a vrchný riaditeľ Úseku Retailové bankovníctvo

na strane jednej

a

BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s.

ďalej len „poist'ovateľ“

so sídlom: Bottova 2A, 811 09 Bratislava

IČO: 36 534 978

IČD: SK2021475885

DIČ: 2021475885

zapísaná: v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, v odd. Sa, vložka č. 2547/B

zastúpená: RNDr. Ivan Brozmann, člen predstavenstva

Ing. Peter Bindzár, člen predstavenstva

na strane druhej

(ďalej spoločne aj „zmluvné strany“)

I.

Týmto Dodatkom sa zmluvné strany dohodli na zmene Rámcovej poistnej zmluvy pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie č. VUB4028 zo dňa 25.5.2018, v znení jej dodatkov č. 1 – 5 (ďalej len „poistná zmluva“), a to nasledovne:

II.

1. Zmluvné strany sa dohodli, že dňom účinnosti Dodatku sa menia prílohy poistnej zmluvy nasledovne:

- Príloha č. 1 poistnej zmluvy (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie) sa nahrádza novou prílohou č. 1 poistnej zmluvy (Všeobecné poistné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie, účinné od 1.10.2021),
- Príloha č. 2 poistnej zmluvy (Oznámenie poistnej udalosti - VZOR) sa nahrádza nasledovnými prílohami:
 - Príloha č. 2a Oznámenie o poistnej udalosti Smrť
 - Príloha č. 2b Oznámenie o poistnej udalosti Trvalá invalidita
 - Príloha č. 2c Oznámenie o poistnej udalosti Pracovná neschopnosť
 - Príloha č. 2d Oznámenie o poistnej udalosti Strata zamestnania
 - Príloha č. 2e Oznámenie o poistnej udalosti Ošetrovanie člena rodiny.

2. Prílohy podľa ods. 1 sú priložené k Dodatku a stávajú sa neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

III.

1. Ostatné ustanovenia poistnej zmluvy nie sú týmto Dodatkom dotknuté.

2. Dodatok je možné meniť iba na základe súhlasu zmluvných strán, a to výlučne písomnou formou.

3. Dodatok je vyhotovený v dvoch (2) rovnocenných rovnopisoch, z ktorých po ich podpise oprávnenými zástupcami zmluvných strán dostane každá zmluvná strana jeden rovnopis.

4. Zmluvné strany vyhlasujú, že Dodatok nepodpisujú v tiesni ani za jednostranne výhodných alebo nevýhodných podmienok pre ktorúkoľvek zmluvnú stranu.

5. Zmluvné strany vyhlasujú, že sa oboznámili s obsahom tohto Dodatku, tento vyjadruje ich slobodnú a vážnu vôľu a svoj súhlas s obsahom Dodatku potvrdzujú podpismi osôb oprávnených za zmluvné strany v tejto veci konať.

6. Tento Dodatok nadobúda platnosť dňom jeho podpisu zástupcami zmluvných strán a účinnosť dňa 1.10.2021.

Prílohy:

- Príloha č. 1 Všeobecné poisťné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie účinné od 1.10.2021
Príloha č. 2a Oznámenie o poisťnej udalosti Smrť
Príloha č. 2b Oznámenie o poisťnej udalosti Trvalá invalidita
Príloha č. 2c Oznámenie o poisťnej udalosti Pracovná neschopnosť
Príloha č. 2d Oznámenie o poisťnej udalosti Strata zamestnania
Príloha č. 2e Oznámenie o poisťnej udalosti Ošetrovanie člena rodiny

V Bratislave 30.09.2021

za poisťníka

.....
Alexander Resch,
generálny riaditeľ a predseda predstavenstva

V Bratislave 30.09.2021

za poisťovateľa:

.....
RNDr. Ivan Brozmann
člen predstavenstva

.....
Martin Techman, MBA
člen predstavenstva a vrchný riaditeľ Úseku
Retailové bankovníctvo

.....
Ing. Peter Bindzár
člen predstavenstva

Článok 1 Definície pojmov

Pre tieto Všeobecné poistné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie (ďalej tiež „poistné podmienky“) sú definované nasledujúce pojmy:

1. **Poistník** – Všeobecná úverová banka, a. s., so sídlom Mlynské nivy č. 1, 829 90 Bratislava, IČO: 31 320 155, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 341/B, ktorá s poisťovateľom uzatvorila poistnú zmluvu.
2. **Poisťovateľ** – BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. so sídlom Bottova 2A, 811 09 Bratislava, IČO: 36 534 978, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 2547/B, ktorá s poisťníkom uzatvorila poistnú zmluvu.
3. **Poistený** – fyzická osoba, na ktorej život, zdravie alebo finančnú stratu sa vzťahuje poistenie podľa uzatvorenej poistnej zmluvy.
4. **Oprávnená osoba** – osoba, ktorej vzniká v prípade poistnej udalosti právo, aby jej bolo vyplatené poistné plnenie podľa týchto poistných podmienok a uzatvorenej poistnej zmluvy.
5. **Poistné plnenie** – suma, ktorá je podľa týchto poistných podmienok a uzatvorenej poistnej zmluvy vyplatená oprávnenej osobe, ak nastane poistná udalosť.
6. **Poistná udalosť** – náhodná skutočnosť, s ktorou je spojený vznik povinnosti poisťovateľa plniť v súlade s týmito poistnými podmienkami a uzatvorenou poistnou zmluvou.
7. **Začiatok poistenia** – okamih, ktorým sa osoba, na ktorú sa vzťahuje poistenie, stala poisteným, poisťovateľ nadobudol právo na poistné podľa uzatvorenej poistnej zmluvy a vznikla mu povinnosť plniť ak nastane poistná udalosť.
8. **Koniec poistenia** – okamih ukončenia platnosti poistenia podľa poistnej zmluvy.
9. **Poistné obdobie** – časový úsek, za ktorý je potrebné v stanovených termínoch platiť poistné.
10. **Poistná doba** – časový úsek, na ktorý je dojednané poistenie, ohraničený začiatkom a koncom poistenia podľa uzatvorenej poistnej zmluvy, ktorý sa môže deliť na poistné obdobia.
11. **Trvalá invalidita** – telesné poškodenie poisteného spôsobené úrazom alebo chorobou, ktoré mu definitívne znižuje o viac ako 70% schopnosť vykonávať akúkoľvek činnosť, ktorá by mu zabezpečovala príjem, mzdu, zárobok alebo zisk.
12. **Pracovná neschopnosť** – celková lekárske konštatovaná neschopnosť poisteného vykonávať akúkoľvek profesijnú činnosť, ktorá mu zabezpečuje príjem, mzdu, zárobok alebo zisk, spôsobená úrazom alebo ochorením za podmienky, že k prvému dňu prerušenia pracovnej činnosti poistený skutočne vykonával profesijnú činnosť, ktorá mu zabezpečovala príjem, mzdu, zárobok alebo zisk.
13. **Nezamestnaná osoba** – každá osoba, ktorá je zaradená v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike.
14. **Nezamestnanosť** – stav nezamestnanej osoby podľa kritérií uvedených v ods. 13. tohto Článku.
15. **Strata zamestnania** – moment ukončenia pracovného pomeru, štátno-zamestnaneckého pomeru, služobného pomeru alebo obdobného pracovnoprávneho vzťahu, ktorý je zmluvne založený u zamestnávateľa so sídlom na území Slovenskej republiky. Za stratu zamestnania sa nepovažuje zánik živnostenského oprávnenia.
16. **Čakacia doba** – lehota zmluvne stanovená poisťovateľom, udávajúca časový úsek od dátumu začatia poistenia alebo jeho zmeny, počas ktorého nie sú strata zamestnania a následná nezamestnanosť alebo ošetrovanie člena rodiny považované za poistnú udalosť a nevzniká nárok na poistné plnenie.

17. **Vek poisteného** – za vek poisteného sa v zmysle týchto poistných podmienok považuje počet celých rokov dožitých poisteným ku dňu, ku ktorému sa takýto vek počíta.
18. **Úver na bývanie (ďalej tiež „úver“)** – úver, ktorý poskytol poisťník poistenému ako klientovi na základe Zmluvy o úvere na bývanie, ktorého návratnosť je zabezpečená zriadením záložného práva k nehnuteľnosti, resp. viacerým nehnuteľnostiam.
19. **Zmluva o úvere na bývanie (ďalej tiež „Zmluva o úvere“)** – zmluva o úvere, ktorú uzavrel poistený s poisťníkom, v rámci ktorej je dojednané poistenie poisteného podľa týchto poistných podmienok.
20. **Splátka úveru** – pravidelná mesačná splátka úveru, ktorú je poistený povinný pravidelne mesačne uhrádzať v zmysle podmienok Zmluvy o úvere a ktorá predstavuje mesačnú splátku istiny i úrokov (tzv. anuita) a prípadne poplatkov úveru a poistné za poistenie schopnosti splácať úver podľa poistnej zmluvy, ak z konkrétnych ustanovení Zmluvy o úvere, na ktorú sa vzťahuje poistenie podľa tejto zmluvy a z dojednaného úverového vzťahu nevyplýva, že zmluvné strany mali na mysli iba splátku úrokov a prípadných poplatkov.
21. **Čerpanie úveru** – deň, v ktorom došlo k prvému čerpaniu úveru poisteným.
22. **Zamestnanec** – osoba vykonávajúca prácu v pracovnom pomere, štátno-zamestnaneckom pomere, služobnom pomere alebo obdobnom pracovnoprávnom vzťahu, ktorý je zmluvne založený u zamestnávateľa so sídlom na území Slovenskej republiky.
23. **Člen rodiny** – manžel/manželka, vlastné dieťa, adoptované dieťa, dieťa zverené do náhradnej osobnej starostlivosti alebo pestúnskej starostlivosti, vlastný rodič, rodič manžela/manželky, súrodenec, osvojiteľ, osoba, s ktorou žil poistený do dosiahnutia plnoletosti minimálne 5 rokov, alebo druh/družka poisteného žijúci s poisteným v spoločnej domácnosti.
24. **Dlhodobá starostlivosť** – dlhodobá, každodenná pomoc, dohľad alebo starostlivosť o člena rodiny, ktorý z dôvodu dlhodobého nepriaznivého zdravotného stavu nie je schopný zvládať základné životné potreby.
25. **Dlhodobé ošetrovanie** – každodenné ošetrovanie, vykonávanie opatrení spojených so zaistením liečebného režimu stanoveného poskytovateľom zdravotných služieb členov rodiny alebo pomoc spojená s podávaním jedla a pitia, obliekaním, vyzliekaním, telesnou hygienou a pomocou pri výkone fyziologických potrieb ošetrovanému členovi rodiny.
26. **Ošetrovanie** – dlhodobé ošetrovanie člena rodiny poisteného alebo dlhodobá starostlivosť o člena rodiny poisteného.
27. **Ošetrovaný** – člen rodiny poisteného, ktorého vek nie je obmedzený a ktorého zdravotný stav vyžaduje ošetrovanie.
28. **Ošetrovateľ** – poistený alebo jeho manžel/manželka alebo druh/družka žijúca s poisteným v spoločnej domácnosti.
29. **Spoločná domácnosť** – zhodné miesto trvalého pobytu, prípadne iné preukázanie zhodného miesta pobytu, ak ide o cudzinca, zhodné miesto hláseného pobytu na Slovensku uvedené v preukaze o povolení k pobytu.
30. **Chronické ochorenie** – dlhodobé ochorenie, v dôsledku ktorého je poistený sledovaný alebo liečený, príp. užíva lieky pre zmierňovanie príznakov alebo potlačenie prejavov tohto ochorenia.
31. **Výpadok príjmu** – strata príjmu v dôsledku straty zamestnania a následnej nezamestnanosti alebo v dôsledku čerpania pracovného voľna bez náhrady mzdy.
32. **Úraz** – telesné poškodenie poisteného spôsobené nezávisle na vóli poisteného náhlou vonkajšou príčinou s výnimkou akútneho alebo chronického ochorenia.
33. **Škodová udalosť** – škoda, ktorá môže byť dôvodom vzniku práva poškodeného na plnenie poisťovateľa.

Článok 2 Predmet poistenia

- Poistovateľ dojednáva v súlade s týmito poistnými podmienkami poistenie schopnosti splácať úver, ktoré zahŕňa niektoré z nasledovných poistných rizík:
 - poistenie pre prípad smrti poisteného;
 - poistenie pre prípad trvalej invalidity poisteného nad 70% (ďalej len ako „poistenie pre prípad trvalej invalidity poisteného“);
 - poistenie pre prípad pracovnej neschopnosti poisteného trvajúcej minimálne 30 dní (ďalej len ako „poistenie pre prípad pracovnej neschopnosti poisteného“);
 - poistenie pre prípad straty zamestnania a následnej nezamestnanosti poisteného trvajúcej minimálne 30 dní (ďalej len ako „poistenie pre prípad straty zamestnania a následnej nezamestnanosti poisteného“);
 - poistenie pre prípad ošetrovania člena rodiny trvajúceho minimálne 30 dní (ďalej len ako „poistenie pre prípad ošetrovania člena rodiny“).
- Poistovateľ v poistnej zmluve dojednáva kombinácie jednotlivých poistných rizík podľa ods. 1 vo forme súborov poistenia:
 - Základný súbor poistenia**, ktorý zahŕňa riziká uvedené v ods. 1. písm. a) až c) alebo
 - Rozšírený súbor poistenia**, ktorý zahŕňa riziká uvedené v ods. 1. písm. a) až d) alebo
 - Komplexný súbor poistenia**, ktorý zahŕňa riziká uvedené v ods. 1. písm. a) až e).
- Poistenie vo forme súborov poistenia uvedených v ods. 2 písm. a) a b) môže byť dojednané aj s poistným plnením obmedzeným do výšky 50% resp. 75%. Poistenie vo forme súboru poistenia uvedeného v ods. 2 písm. c) môže byť dojednané len so 100%ným poistným plnením.

Článok 3 Uzatvorenie poistnej zmluvy

- Poistná zmluva a všetky dodatky a zmeny poistnej zmluvy musia mať písomnú formu.
- Poistná zmluva je uzatvorená okamihom jej podpisu poslednou zo zmluvných strán.
- Poistník aj poistený sú povinní odpovedať pravdivo a úplne na všetky otázky poisťovateľa týkajúce sa dojednávania poistenia. To platí tiež, ak ide o zmenu poistenia.

Článok 4 Podmienky pre vznik poistenia

- Poistenie na základe poistnej zmluvy môže vzniknúť iba pre takú fyzickú osobu, ktorá:
 - má s poisťníkom uzavretú Zmluvu o úvere a súčasne
 - vyjadrila súhlas s poistením a pristúpila k poisteniu v rozsahu niektorého zo súborov poistenia uvedených v poistnej zmluve podpisom vyhlásenia, ktoré je súčasťou Zmluvy o úvere alebo dodatku k Zmluve o úvere, ktorý však nemôže byť v prípade Základného súboru poistenia uzatvorený viac ako 3 roky po prvom čerpaní úveru, ak nie je v poistnej zmluve dohodnuté inak. V prípade Rozšíreného súboru poistenia alebo Komplexného súboru poistenia je možné pristúpiť k poisteniu len v deň uzatvorenia Zmluvy o úvere.
- K poisteniu môže pristúpiť a poistenie môže vzniknúť iba pre takú fyzickú osobu podľa ods. 1. písm. a) tohto článku, ktorá spĺňa k dátumu pristúpeniu k poisteniu súčasne tieto podmienky:
 - je mladšia ako 65 rokov,
 - nie je v pravidelnej lekárskej opatere, netrpí chronickým ochorením alebo nevyliciteľnou chorobou,
 - nebol jej právoplatným rozhodnutím príslušného orgánu priznaný invalidný dôchodok a ani nepožiadala o jeho priznanie,
 - nebol jej právoplatným rozhodnutím príslušného orgánu priznaný starobný dôchodok,
 - nie je v pracovnej neschopnosti.
- V poistnej zmluve môžu byť stanovené i ďalšie podmienky, ktoré obmedzujú možnosť vzniku poistenia.

Článok 5 Začiatok poistenia, koniec poistenia, poistné obdobie

- Začiatok poistenia je od 00.00 hod. nasledujúceho dňa po podpísaní vyhlásenia, podľa Článku 4 ods. 1. písm. b), ak prvé čerpanie úveru nastalo pred podpisom tohto vyhlásenia. Inak poistenie začína od 00.00 hod. dňa prvého čerpania úveru na základe splnenia podmienok uvedených v Článku 4 ods. 1., ak nie je v poistnej zmluve stanovené inak.
- Koniec poistenia sa stanoví na 24:00 hod. dňa, v ktorom zaniká poistenie podľa poistnej zmluvy alebo týchto poistných podmienok, ak nie je v poistnej zmluve stanovené inak.
- Poistné obdobie je mesačné, ak nie je v poistnej zmluve stanovené inak.

Článok 6 Poistné

- Poistné je úhrada za poskytovanie poistnej ochrany dohodnutej v uzatvorenej poistnej zmluve.
- Výška, splatnosť a spôsob úhrady poistného sú dojednané v poistnej zmluve. Výška poistného je určená podľa sadzieb pre jednotlivé poistné riziká alebo súbory rizík poistenia.
- Poistné sa platí za dohodnuté poistné obdobia (bežné poistné).

Článok 7 Dôsledky neplatenia poistného

- Pre neplatenie poistného alebo jeho časti, poistenie zanikne podľa Článku 14, ods. 1., písm. i), v súlade s ustanovením § 801 Občianskeho zákonníka, bez náhrady.
- Poistovateľ má právo na poistné za dobu do zániku poistenia v súlade s ustanovením § 803 ods. 1 Občianskeho zákonníka.

Článok 8 Zmeny poistenia

- Zmenu rozsahu a podmienok poistenia, už dojednaného poistnou zmluvou, je možné uskutočniť len vzájomnou dohodou zmluvných strán, a to písomne, vo forme písomného dodatku k poistnej zmluve.
- Zmena podľa ods. 1. je účinná nultou hodinou dňa nasledujúceho po podpísaní dodatku k Zmluve o úvere.

Článok 9 Územná platnosť poistenia

Územná platnosť poistenia nie je obmedzená. Výnimku tvorí poistenie uvedené v Článku 2 ods. 1. písm. d), ktorého platnosť je obmedzená tak, že sídlo zamestnávateľa musí byť na území Slovenskej republiky.

Článok 10 Poistná udalosť

- Poistnou udalosťou sa rozumejú všetky alebo niektoré z nasledujúcich skutočností, v závislosti od dojednaného súboru poistenia podľa ustanovení poistnej zmluvy, ktoré nastanú v priebehu trvania poistenia:
 - smrť poisteného;
 - trvalá invalidita poisteného;
 - pracovná neschopnosť poisteného;
 - strata zamestnania a následná nezamestnanosť poisteného;
 - ošetrovanie člena rodiny
- Pre účely týchto poistných podmienok sa dňom vzniku poistnej udalosti, spočívajúcej v trvalej invalidite poisteného, rozumie deň vystavenia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku poistenému Sociálnou poisťovňou, vzhľadom na zníženie jeho schopnosti vykonávať akúkoľvek činnosť, ktorá by mu zabezpečovala príjem, mzdu, zárobok alebo zisk o viac ako 70%.
- Pre účely týchto poistných podmienok sa rozumie, že pracovná neschopnosť u poisteného nastala, ak bude poisťovateľovi predložená kópia potvrdenia o pracovnej neschopnosti so stanovením začiatku pracovnej neschopnosti a príslušného čísla diagnózy, vystavená lekárom alebo zdravotníckym zariadením, v ktorého lekárskej starostlivosti poistený bol alebo je v súvislosti s pracovnou neschopnosťou.

istnou udalosťou, v zmysle týchto poistných podmienok, môže byť iba taká pracovná neschopnosť poisteného, ktorá:

- a) nastala počas trvania poistenia a trvala neprerušene minimálne 30 kalendárnych dní a zároveň
 - b) nastala v období, v ktorom poistený vykonával profesijnú činnosť, ktorá mu zabezpečovala príjem, mzdu, zárobok alebo zisk.
5. Poistnou udalosťou, v zmysle týchto poistných podmienok, môže byť iba taká strata zamestnania, ktorá nastala počas trvania poistenia po uplynutí čakacej doby v trvaní 30 kalendárnych dní, nezamestnanosť poisteného trvala neprerušene minimálne 30 kalendárnych dní a ku strate zamestnania došlo v dôsledku jednej z nasledujúcich skutočností:
- a) výpovede danej zamestnávateľom podľa § 63, ods. 1, písm. a) až c) Zákonníka práce,
 - b) dohody o rozviazaní pracovného pomeru z dôvodov uvedených v § 63, ods. 1, písm. a) až c) Zákonníka práce,
 - c) súdneho zmiernu z dôvodu výpovede podľa § 63, ods. 1, písm. a) až c) Zákonníka práce,
 - d) iných prípadoch stanovených podľa poistnej zmluvy alebo na základe rozhodnutia poisťovateľa.
6. Poistnou udalosťou, v zmysle týchto poistných podmienok, môže byť taký prípad dlhodobého ošetrovania člena rodiny ošetrovateľom, ktorý nastal počas trvania poistenia po uplynutí čakacej doby v trvaní 60 kalendárnych dní, ošetrovanie člena rodiny trvalo neprerušene minimálne 30 kalendárnych dní a zároveň došlo k výpadku príjmu domácnosti poisteného.
7. Pre bližšie vymedzenie poistnej udalosti, s ktorou je spojený vznik povinnosti poisťovateľa plniť, platia príslušné ustanovenia týchto poistných podmienok a uzavretá poistná zmluva.
8. Poistná udalosť musí byť bez zbytočného odkladu písomne oznámená poisťovateľovi po jej vzniku, spolu s predložením dokladov požadovaných poisťovateľom, a to podľa týchto poistných podmienok a uzatvorenej poistnej zmluvy.
9. V prípade pochybností o vzniku poistnej udalosti je povinnosťou poisteného alebo oprávnenej osoby preukázať, že k poistnej udalosti došlo v deklarovanom rozsahu.

Článok 11 Poistné plnenie

1. V prípade poistnej udalosti, ktorá nastane počas trvania poistenia, poisťovateľ poskytuje poistné plnenie oprávnenej osobe, a to v zmysle a v rozsahu podľa uzatvorenej poistnej zmluvy a v súlade s týmito poistnými podmienkami.
2. Výška poistného plnenia v prípade poistnej udalosti spôsobenej smrťou poisteného sa stanoví takto:
ZS + UR, pričom
ZS – zostatok istiny úveru skutočne vyčerpaného a nesplateného ku dňu smrti poisteného, ktorého splatnosť bola dojednaná v zmysle Zmluvy o úvere po dátume smrti poisteného.
UR – riadny úrok z istiny úveru za obdobie od dátumu splatnosti poslednej splátky úveru splatnej pred dňom smrti poisteného do dátumu smrti poisteného.
3. Pre stanovenie výšky poistného plnenia v prípade poistnej udalosti spôsobenej trvalou invaliditou poisteného sa primerane použije spôsob uvedený v ods. 2. tohto Článku.
4. Nárok na poistné plnenie z dôvodu poistnej udalosti spôsobenej pracovnou neschopnosťou poisteného vznikne, ak je poistený v čase poistnej udalosti zamestnancom alebo samostatne podnikajúcou osobou a ak pracovná neschopnosť poisteného trvala nepretržite aspoň 30 kalendárnych dní. Výška poistného plnenia sa rovná mesačným splátkam úveru podľa príslušnej Zmluvy o úvere, ktorých deň splatnosti podľa príslušnej Zmluvy o úvere pripadá na dobu trvania pracovnej neschopnosti poisteného. Prvú mesačnú splátku uhradí poisťovateľ za mesiac, v ktorom bude poistený 1. deň v pracovnej neschopnosti.

5. Nová pracovná neschopnosť, ak je spôsobená recidívou ochorenia alebo úrazu, ktoré boli príčinou pôvodnej pracovnej neschopnosti, za ktorú poisťovateľ už plnil, sa považuje za pokračovanie pôvodnej pracovnej neschopnosti (a pokračovanie pôvodnej poistnej udalosti) ak prvý deň tejto novej pracovnej neschopnosti nastane do 60 kalendárnych dní odo dňa ukončenia pôvodnej pracovnej neschopnosti.
6. Nárok na poistné plnenie z dôvodu poistnej udalosti spôsobenej stratou zamestnania poisteného vznikne, ak bol v čase vzniku poistnej udalosti pracovný úväzok poisteného minimálne 20 hodín týždenne, a zároveň k strate zamestnania poisteného došlo po uplynutí čakacej doby v dĺžke 30 po sebe nasledujúcich kalendárnych dní a následná nezamestnanosť poisteného trvala nepretržite aspoň 30 kalendárnych dní. Výška poistného plnenia sa rovná mesačným splátkam úveru podľa príslušnej Zmluvy o úvere, ktorých deň splatnosti podľa príslušnej Zmluvy o úvere pripadá na dobu trvania nezamestnanosti poisteného. Prvú mesačnú splátku uhradí poisťovateľ za mesiac, v ktorom bude poistený 1. deň nezamestnaný.
7. Výška poistného plnenia v prípade poistnej udalosti týkajúcej sa ošetrovania člena rodiny sa rovná mesačným splátkam úveru podľa príslušnej Zmluvy o úvere, ktorých deň splatnosti podľa príslušnej Zmluvy o úvere pripadá na dobu ošetrovania člena rodiny. Prvú mesačnú splátku uhradí poisťovateľ za mesiac, v ktorom začalo dlhodobé ošetrovanie alebo dlhodobá starostlivosť o člena rodiny a zároveň došlo aj k výpadku príjmu domácnosti poisteného. Maximálne však za 12 bezprostredne po sebe nasledujúcich mesiacov trvania poistnej udalosti.
8. V prípade, že poisťovateľ vyplatil poistné plnenie z jednej alebo viac poistných udalostí z poistenia pre ošetrovanie člena rodiny v celkovom rozsahu 12 mesačných splátok úveru, nie je ďalšie ošetrovanie člena rodiny poistnou udalosťou, pokiaľ k nej dôjde skôr ako po uplynutí 12 mesiacov odo dňa vyplatenia 12. mesačnej splátky úveru v rámci poistného plnenia vyplateného poisťovateľom.
9. U každého poisteného môže plnenie z jednej poistnej udalosti z dôvodu pracovnej neschopnosti, straty zamestnania alebo ošetrovania člena rodiny predstavovať maximálne 12 mesačných splátok úveru, maximálne však vo výške 1800 € na jednu mesačnú splátku úveru. Počas celej poistnej doby môže plnenie z dôvodu pracovnej neschopnosti predstavovať maximálne 36 splátok úveru, zo straty zamestnania maximálne 36 mesačných splátok úveru a z ošetrovania člena rodiny maximálne 36 mesačných splátok úveru u každého jedného poisteného.
10. V prípade, že poisťovateľ vyplatil poistné plnenie z jednej či viacej poistných udalostí spôsobených stratou zamestnania v celkovom rozsahu 12 mesačných splátok úveru, vznikne poistenému nárok na poistné plnenie z ďalšej poistnej udalosti spôsobenej stratou zamestnania až po uplynutí 12 mesiacov odo dňa vyplatenia 12. mesačnej splátky úveru poisťovateľom ako poistné plnenie, a to v súlade s ods. 6. tohto Článku.
11. Poistné plnenie v prípade smrti alebo trvalej invalidity poisteného bude vyplatené jednorazovo a použité na splatenie poistníkom evidovanej nesplatennej pohľadávky z úveru ku dňu vzniku poistnej udalosti.
12. Poistné plnenie v prípade pracovnej neschopnosti, straty zamestnania a následnej nezamestnanosti alebo ošetrovania člena rodiny bude použité na úhradu splátok úveru splatných v čase trvania poistnej udalosti. Plnením v takýchto prípadoch poistenie nezakliká. Dojednané poistné bude naďalej uhrádzané poistníkom.
13. V prípade súbehu poistných udalostí u jedného poisteného z dôvodu straty zamestnania, pracovnej neschopnosti prípadne ošetrovania člena rodiny, plní poisťovateľ z tej poistnej udalosti, ktorá nastane skôr. Ak plní poisťovateľ z titulu jednej z uvedených poistných udalostí a v priebehu jej trvania nastane druhá poistná udalosť, pre ktorú sú splnené podmienky pre poskytnutie plnenia uvedené v týchto poistných podmienkach, poskytne poisťovateľ plnenie z druhej poistnej udalosti

až po tom, čo bolo v plnej výške poskytnuté plnenie z tej poisťovnej udalosti, ktorá nastala skôr. Z druhej poisťovnej udalosti poskytne poisťovateľ poistné plnenie len vo výške pripadajúcej na obdobie nasledujúce po ukončení prvej poisťovnej udalosti a trvajúce do ukončenia druhej poisťovnej udalosti, maximálne však do doby ukončenia poistenia dohodnutého v poisťovnej zmluve.

4. Celkové poistné plnenie zo všetkých poistení, na ktoré sa vzťahujú tieto poistné podmienky, u jedného poisteného nepresiahne v úhrne 250 000 €, a to aj v prípade, ak má poistený dojednané poistenie k viacerým zmluvám o úvere, ktorých platnosť sa akokoľvek prekrýva.
5. Ak sa poisťovateľ dozvie až po poisťovnej udalosti, že jej príčinou je skutočnosť, ktorú pre vedome nepravdivé alebo neúplné odpovede nemohol zistiť pri dojednávani poistenia, a ktorá je uvedená v Článku 4 ods. 2., je oprávnený poistné plnenie odmietnuť. Odmietnutím poistného plnenia poistenie zanikne v súlade s § 802 ods. 2 Občianskeho zákonníka.
6. Ak sa poisťovateľ dozvie už pred poisťovnou udalosťou, že poistený vedome nepravdivo alebo neúplne informoval o skutočnostiach uvedených v Článku 4 ods. 2., môže od poisťovnej zmluvy odstúpiť. Toto právo môže poisťovateľ uplatniť iba do troch mesiacov odo dňa, keď takú skutočnosť zistil v súlade s § 802 ods. 1 Občianskeho zákonníka.
7. Poisťovateľ je oprávnený poistné plnenie odmietnuť v prípade, keď poistený pri uplatňovaní si práva na poistné plnenie uvedie vedome nepravdivé alebo účelovo skreslené údaje týkajúce sa vzniku poisťovnej udalosti alebo jej rozsahu alebo podstatné údaje o udalosti zamlčí. Odmietnutím poistného plnenia poistenie zanikne.
8. Poisťovateľ je povinný poskytnúť poistné plnenie do 15 dní len čo skončil vyšetrovanie potrebné na zistenie rozsahu svojej povinnosti plniť. Ak sa nemôže skončiť vyšetrovanie do jedného mesiaca potom, ako sa poisťovateľ o poisťovnej udalosti dozvedel, je povinný na požiadanie poskytnúť primeraný preddavok.
9. Pri výplate poistného plnenia má poisťovateľ právo odpočítať od poistného plnenia nedoplatok poistného.
10. Ak bolo dojednané poistenie s obmedzeným poistným plnením podľa Článku 2 ods. 3., poisťovateľ poskytne poistné plnenie len v dohodnutej percentuálnej výške z poistného plnenia stanoveného podľa tohto článku. Maximálna výška poistných limitov podľa tohto článku zostáva zachovaná v plnej výške.

Článok 12 Obmedzenie poistného plnenia

V prípade, že k poisťovnej udalosti, s ktorou je spojená povinnosť poisťovateľa poskytnúť plnenie, dôjde následkom použitia omamných látok alebo liekov v dávkach nezodpovedajúcim lekárskeму predpisu, alebo v dôsledku požitia alkoholu či sústavného alkoholizmu, je poisťovateľ oprávnený plnenie z poisťovnej zmluvy primerane znížiť.

Článok 13 Výluky z poistného plnenia

1. Poisťovateľ nie je povinný plniť za udalosti podľa Článku 10 ods. 1. písm. a) až c), ku ktorým dôjde v súvislosti alebo ako dôsledok:
 - a) samovraždy alebo pokusu poisteného o samovraždu v dobe do jedného roka od dátumu dohodnutého ako začiatok poistenia;
 - b) poisťovnej udalosti spôsobenej poisteným úmyselne;
 - c) občianskych vojen, alebo vojnových udalostí, aktívnej účasti poisteného na nepokojoch, trestných činoch a priestupkoch, teroristických akciách, sabotážach a akýchkoľvek iných aktov násilia, na ktorých sa poistený aktívne podieľal;
 - d) atómových výbuchov všeobecne ako aj radiácie;
 - e) manipulácie so zbraňami, výbušninami, horľavými a toxickými látkami;
 - f) profesionálneho alebo amatérskeho používania motorových alebo aj bezmotorových lietajúcich strojov či prostriedkov, ako napríklad parašutizmus, závesné lietanie, akrobatické lietanie a pod. (výluka sa nevzťahuje na cesty poistených osôb ako pasažierov v lietadlách nad 2 tony schválených na verejnú prepravu osôb a vybavených platným oprávnením na let);

- g) vykonávania týchto činností jednotlivcom bez asistencie ďalších oprávnených osôb: potápanie, speleológia, horolezectvo, diaľkové plavby, morský rybolov, športy s použitím zvierat, športy s použitím dvojstopových aj jedno-stopových vozidiel, rallye, pokusy o rekordy;
 - h) všetkých profesionálne vykonávaných športov;
 - i) preukázateľného pokračovania, následkov alebo recidívy (opakovania) ochorenia alebo úrazov, ku ktorým došlo pred začiatkom poistenia a boli diagnostikované pred začiatkom poistenia;
 - j) pokiaľ príčinou udalosti sú bolesti chrbtice, prípadne ich následky a komplikácie; poistné plnenie môže byť poskytnuté iba v prípade, ak bolesti chrbtice vznikli po začiatku poistenia a ich príčinou je novo vzniknuté poškodenie chrbtice (napr. hernia disku), ktoré bude preukázané príslušným vyšetrením (magnetická rezonancia, CT);
 - k) psychických ochorení, ktoré sú kvalifikované ako závislosti, poprípade sú naviazané na choroby zo závislostí (alkoholové, drogové, hracie závislosti, a pod.);
 - l) odvykacích, detoxikačných alebo spánkových kúr;
 - m) choroby, ktorá nastane v dôsledku pohlavnej nákazy a v dôsledku nakazenia vírusom HIV, vrátane ochorenia AIDS, ak tieto ochorenia vzniknú do 5 rokov od dátumu dojednaného ako začiatok poistenia;
 - n) zdravotných prehliadok, vyšetrení, hospitalizácií, liečebných a kúpeľných pobytov a kozmetických zákrokov a operácií, ktoré si poistený sám dobrovoľne vyžiada;
 - o) choroby, ktorá nastane počas doby, keď je poistený na materskej alebo rodičovskej dovolenke a je hmotne zabezpečený v súlade s predpismi o nemocenskom poistení;
 - p) zdravotných komplikácií spojených s dobrovoľným prerušením tehotenstva;
 - q) liečebných procedúr a operácií vykonaných osobou, ktorá na takúto činnosť nemá oprávnenie.
2. Poisťovateľ nie je povinný plniť za poistné udalosti podľa Článku 10 ods. 1. písm. d), ku ktorým dôjde v súvislosti alebo ako dôsledok:
 - a) straty zamestnania, ktorá je poistenému zamestnávateľom predbežne oznámená už pred dátumom, dojednaným ako začiatok poistenia;
 - b) straty zamestnania, ku ktorej dôjde z dôvodu uvedeného v § 63 ods. 1 písm. d) Zákonníka práce; alebo ku ktorej dôjde pre porušenie pracovnej disciplíny podľa § 63 ods. 1 písm. e) Zákonníka práce alebo podľa § 68 ods. 1 Zákonníka práce;
 - c) straty zamestnania, ku ktorej dôjde výpoveďou zo strany poisteného;
 - d) straty zamestnania, ku ktorej dôjde dohodou, s výnimkou prípadu uvedeného v Článku 10. ods. 5, písm. b);
 - e) straty zamestnania, ku ktorej dôjde v priebehu skúšobnej lehoty po nástupe do zamestnania;
 - f) straty zamestnania, ak bol ku dňu straty zamestnania pracovný úväzok poisteného nižší ako 20 hodín týždenne;
 - g) v dôsledku riadneho ukončenia pracovného pomeru, uzatvoreného na dobu určitú;
 - h) straty zamestnania, kde zamestnanec je štatutárnym orgánom zamestnávateľa, alebo zamestnanec a štatutárny orgán zamestnávateľa sú blízke osoby v zmysle § 116 Občianskeho zákonníka.
 3. Poisťovateľ nie je povinný plniť za poistné udalosti podľa Článku 10 ods. 1. písm. e), ku ktorým dôjde v súvislosti alebo ako dôsledok:
 - a) hospitalizácie ošetrovaného v nemocnici alebo obdobnom zariadení, pokiaľ nie je vyžadovaný stály sprievod ošetrovaného v tomto zariadení
 - b) ošetrovanie, ktoré je dôsledkom úrazu alebo choroby ošetrovaného preukázateľne spôsobených ošetrovateľom alebo ku ktorému/ku ktorej ošetrovateľ prispel (napr. ublíženie na zdraví alebo zanedbávanie povinnej starostlivosti)
 - c) pokusu ošetrovaného o samovraždu v dobe do jedného roka od dátumu dohodnutého ako začiatok poistenia;
 - d) občianskych vojen, alebo vojnových udalostí, aktívnej účasti poisteného na nepokojoch, trestných činoch a priestupkoch, teroristických akciách, sabotážach a akýchkoľvek iných aktov násilia, na ktorých sa ošetrovaný aktívne podieľal;

- g) rádioaktívnych výbuchov všeobecne ako aj radiácie;
- h) úrazu a choroby, ktoré vznikli alebo sa u ošetrovaného preukázateľne prejavili v dobe 3 rokov pred dátumom pristúpenia poisteného k poisteniu, alebo majú príčinnú súvislosť s úrazmi a chorobami, ktoré preukázateľne vznikli alebo sa prejavili v dobe 3 rokov pred dátumom pristúpenia poisteného k poisteniu;
- g) pokiaľ príčinou u ošetrovaného sú bolesti chrbtice, prípadne ich následky a komplikácie; poistné plnenie môže byť poskytnuté iba v prípade, ak bolesti chrbtice vznikli po začiatku poistenia a ich príčinou je novo vzniknuté poškodenie chrbtice (napr. hernia disku), ktoré bude preukázané príslušným vyšetrením (magnetická rezonancia, CT);
- h) psychických ochorení ošetrovaného, ktoré sú kvalifikované ako závislosti, poprípade sú naviazané na choroby zo závislosti (alkoholové, drogové, hracie závislosti, a pod.);
- h) choroby ošetrovaného, ktorá nastane v dôsledku pohlavnej nákazy a v dôsledku nakazenia vírusom HIV, vrátane ochorenia AIDS, ak tieto ochorenia vzniknú do 5 rokov od dátumu dojednaného ako začiatok poistenia;
- h) zdravotných prehliadok, vyšetrení, hospitalizácií, liečebných a kúpeľných pobytov a kozmetických zákrokov a operácií, ktoré si ošetrovaný sám dobrovoľne vyžiada;
- h) liečebných procedúr a operácií ošetrovaného vykonaných osobou, ktorá na takúto činnosť nemá oprávnenie.

Článok 14 Zánik poistenia

1. Poistenie zaniká:
 - a) dňom splatnosti poslednej splátky úveru, alebo dňom ku ktorému je vyhlásená okamžitá splatnosť úveru bankou;
 - b) dňom zániku záväzku poisteného platiť splátky úveru, a to jeho splnením alebo inak;
 - c) na základe písomnej žiadosti poisteného o ukončenie poistenia. Poistenie sa tak skončí nultou hodinou nasledujúceho dňa po podpísaní dodatku k úverovej zmluve o ukončení poistenia;
 - d) dňom, ku ktorému poistený vypovedal Zmluvu o úvere;
 - e) dňom smrti alebo dňom vzniku trvalej invalidity poisteného;
 - f) dňom, v ktorom poistený dovŕši 71 rokov života;
 - g) pre poistenie podľa Článku 2 ods. 1. písm. b) až d) posledným dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom poistený začne poberať starobný dôchodok;
 - h) dňom rozhodnutia o vyplatení poistného plnenia v maximálnej výške podľa Článku 11 ods. 12. poistných podmienok;
 - i) podľa ustanovení Občianskeho zákonníka (výpoveď podľa § 800 ods. 1, pre neplatenie poistného podľa § 801, odstúpením od poistenia podľa § 802 ods. 1 a § 802a, odmietnutím plnenia podľa § 802 ods. 2);
 - j) ďalšími spôsobmi uvedenými na inom mieste týchto poistných podmienok, v poistnej zmluve alebo stanovenými zákonom.
2. Poistenie zaniká v dôsledku tej skutočnosti uvedenej v ods. 1. tohto Článku, ktorá nastane ako prvá.

Článok 15 Odklad splácania splátok úveru

1. Ak poistník povolil poistenému odklad splácania splátok úveru, poistenie zostáva v platnosti.
2. Poistník je povinný platiť poistné aj za poistné obdobia, počas ktorých povolil poistenému odklad splácania splátok úveru.
3. Počas doby povoleného odkladu splácania splátok sa pre účely poistného plnenia, v prípade poistnej udalosti podľa Článku 10 ods. 1. písm. c) a d), za aktuálnu splátku úveru považuje splátka vo výške poslednej splátky úveru pred povolením odkladu splácania splátok úveru.

Článok 16 Povinnosti poisťovateľa

1. Povinnosťou poisťovateľa je plniť z poistných udalostí v súlade s týmito poistnými podmienkami a v súlade s ustanoveniami poistnej zmluvy.

2. Poisťovateľ je povinný prešetriť každú nahlásenú poistnú udalosť a písomne informovať poisteného o výsledku takéhoto prešetrenia.
3. Informovať bez zbytočného odkladu poistníka o každej poistnej udalosti, ktorá mu bola nahlásená poisteným alebo jeho právnym zástupcom.
4. Poskytovať poistníkovi informácie o okolnostiach vyplývajúcich z prešetrovania poistnej udalosti, ak tieto majú za následok zánik poistenia v zmysle poistných podmienok. Inak iba v prípade, ak o to poistník požiada a poistený s tým vyjadril súhlas.
5. Poistná zmluva môže stanoviť aj ďalšie povinnosti poisťovateľa.

Článok 17 Povinnosti poistníka a poisteného

1. Poistník je povinný platiť poisťovateľovi poistné podľa Článku 6 týchto poistných podmienok.
2. Poistník je povinný odovzdať poisťovateľovi všetky informácie, ktoré sa dozvie alebo získa od poisteného vo vzťahu k uzatváranému poisteniu, to isté platí ak sa jedná o zmenu poistenia a o všetkých informáciách, ktoré sa týkajú poistených zachovávať mlčanlivosť.
3. Poistník je povinný informovať dohodnutou formou poisťovateľa, pre účely poistenia, o uzatvorených Zmluvách o úvere, v rámci ktorých je poistenie podľa tejto zmluvy dojednané, za predpokladu, že poistený s týmito písomne súhlasil.
4. Poistník je povinný informovať poisťovateľa, formou dohodnutou v poistnej zmluve, o každej poistnej udalosti, ktorá mu bola nahlásená poisteným alebo jeho právnym zástupcom.
5. Poistník je povinný zabezpečiť alebo umožniť poistenému získať všetky informácie, ktoré sú pre uzatvorenie poistenia, jeho zmenu alebo ukončenie ako aj pre uplatnenie práv poisteného vyplývajúcich z poistnej zmluvy potrebné.
6. Na uplatnenie nároku na poistné plnenie je poistený alebo jeho právny zástupca povinný bez zbytočného odkladu nahlásiť poisťovateľovi poistnú udalosť na tlačive "Oznámenie poistnej udalosti" a odovzdať poisťovateľovi všetky doklady a informácie uvedené v Článku 18 týchto poistných podmienok, ako aj tie, ktoré si poisťovateľ vyžiada. Poistený je povinný pri uplatnení nároku na poistné plnenie splniť všetky povinnosti uvedené v Článku 18 týchto poistných podmienok.
7. Povinnosťou poisteného je bez zbytočného odkladu vyhľadať lekárske ošetrenie a liečiť sa podľa pokynov lekára.
8. V prípade, že poistený požaduje kontrolné vyšetrenie, je poistený povinný niesť náklady tohto vyšetrenia. Ak na základe kontrolného vyšetrenia poisťovateľ poskytne ďalšie plnenie, náklady na kontrolné vyšetrenie poistenému uhradí poisťovateľ.
9. Povinnosťou poisteného je v prípade straty zamestnania a následnej nezamestnanosti požiadať o zaradenie do evidencie uchádzačov o zamestnanie na príslušnom úrade práce, sociálnych vecí a rodiny v Slovenskej republike a podnikať kroky na znovuzískanie zamestnania.
10. Ak malo porušenie povinností poistníka alebo poisteného, uvedených v poistných podmienkach alebo poistnej zmluve, podstatný vplyv na vznik poistnej udalosti alebo na zväčšenie jej rozsahu, je poisťovateľ oprávnený plnenie zo zmluvy primerane znížiť podľa toho, aký vplyv malo toto porušenie na rozsah jeho povinnosti plniť.
11. Ďalšie povinnosti poistníka a/alebo poisteného môžu byť stanovené v poistnej zmluve.

Článok 18 Podmienky a doklady požadované poisťovateľom pre likvidáciu poistnej udalosti

1. Poistený, ktorému nastala poistná udalosť a v prípade smrti poisteného osoby uvedenej v § 817 Občianskeho zákonníka, sú povinné poskytnúť poisťovateľovi bez zbytočného odkladu vyplnený formulár poisťovateľa „Oznámenie poistnej udalosti“ a nasledujúce doklady resp. údaje:
 - a) V prípade smrti poisteného:
 - kópiu dokladu „Úmrtný list“ poisteného,
 - kópiu lekárom vyplneného dokladu "List o prehliadke mŕtveho",

- ak bola vykonaná súdna pitva, kópiu dokladu „Pitevná správa“,
- meno kontaktnej osoby, adresa a telefonický kontakt.

b) V prípade trvalej invalidity poisteného:

- kópiu dokladu „Rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku“ vystaveného poistenému Sociálnou poisťovňou,
- kópiu lekárskej správy Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok (zápisnica a odborný posudok o invalidite),

c) V prípade pracovnej neschopnosti poisteného:

- kópiu lekárom alebo zdravotníckym zariadením vystaveného dokladu „Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti“ so stanovením príslušného čísla diagnózy,
- ak prišlo k hospitalizácii, kópiu dokladu „Prepúšťacia správa“ príslušného zdravotníckeho zariadenia.

d) V prípade straty zamestnania poisteného:

- kópiu pracovnej zmluvy resp. písomného dokumentu, na základe ktorého poistenému vznikol pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah,
- kópiu dokladu o rozvízani pracovného pomeru,
- kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o zaradení poisteného do evidencie uchádzačov o zamestnanie.

e) V prípade ošetrovania člena rodiny:

- kópiu rozhodnutia ošetrojúceho lekára ošetrovaného o vzniku alebo trvaní potreby dlhodobej starostlivosti alebo kópiu rozhodnutia príslušného správneho orgánu vo veci žiadosti o príspevok na opatrovanie;
- kópiu potvrdenia zamestnávateľa o čerpaní pracovného voľna alebo kópia zápočtového listu a potvrdenie zamestnávateľa o skončení pracovného pomeru z dôvodu ošetrovania;
- kópiu dokladu preukazujúceho vzťah ošetrovateľa k ošetrovanému členovi rodiny alebo čestné prehlásenie preukazujúce daný vzťah;
- ak ošetrovateľom nie je poistený, kópiu dokladu preukazujúceho vzťah ošetrovateľa k poistenému alebo čestné prehlásenie preukazujúce daný vzťah;
- súhlas ošetrovaného člena rodiny so spracovaním osobných údajov pre účely šetrenia poisťovej udalosti a výplaty poisťového plnenia;
- súhlas ošetrovateľa ak je iný ako poistený so spracovaním osobných údajov pre účely šetrenia poisťovej udalosti a výplaty poisťového plnenia.

2. Ďalšie potrebné vyšetrenia je poisťovateľ povinný a zároveň oprávnený vykonávať priamo s poisteným.

3. Každé trvanie pracovnej neschopnosti, nezamestnanosti poisteného a ošetrovania člena rodiny musí byť poisťovateľovi potvrdené poisteným najmenej raz za kalendárny mesiac, najneskôr však do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca za mesiac, v ktorom bol poistený práceneschopný, evidovaný nezamestnaný alebo trvalo ošetrovanie člena rodiny, a to zaslaním:

a) v prípade pracovnej neschopnosti kópie písomného potvrdenia ošetrojúceho lekára, alebo kópie "Preukazu o trvaní pracovnej neschopnosti";

b) v prípade nezamestnanosti kópie písomného potvrdenia, že poistený je na úrade práce, sociálnych vecí a rodiny zaradený v evidencii uchádzačov o zamestnanie;

c) v prípade ošetrovania člena rodiny kópie písomného potvrdenia ošetrojúceho lekára o potrebe trvania starostlivosti alebo potvrdenia o vyplatení peňažného príspevku na opatrovanie.

V prípade nedoloženia týchto dokladov v stanovenej lehote poisťovateľ ukončí výplatu poisťového plnenia. Poisťovateľ bude pokračovať vo výplate poisťového plnenia resp. zodpovedajúce poisťové plnenie doplatí iba v prípade, keď poistený dodatočne doložením dokladov preukáže, že pracovná neschopnosť resp. nezamestnanosť naďalej trvá alebo trvala.

4. Poisťovateľ si vyhradzuje právo požadovať od poisteného aj iné doklady, ktoré považuje za potrebné, sám preskúmať skutočnosti či žiadať poisteného, aby sa podrobil lekárskej prehliadke alebo

lekárskemu vyšetreniu, ktoré považuje za nutné k zisteniu povinnosti plniť.

5. Ak poistený v rámci konkrétnej poisťovej udalosti nepredloží poisťovateľovi doklady špecifikované v tomto článku, poisťovateľ nie je povinný vyplatiť poisťové plnenie.

6. Poistený je povinný bezodkladne informovať poisťovateľa o ukončení pracovnej neschopnosti predložením kópie lekárskeho potvrdenia o ukončení pracovnej neschopnosti.

7. Poistený je povinný bez zbytočného odkladu informovať poisťovateľa o ukončení nezamestnanosti predložením kópie potvrdenia o vyradení z evidencie uchádzačov o zamestnanie.

8. Poistený je povinný bez zbytočného odkladu informovať poisťovateľa o ukončení ošetrovania člena rodiny predložením kópie lekárskeho potvrdenia o ukončení ošetrovania alebo potvrdenia o zániku nároku na peňažný príspevok na opatrovanie.

9. Poistený je povinný poskytnúť poisťovateľovi súčinnosť v prípade, že poisťovateľ uplatní oprávnenie zisťovať a preskúmať skutočnosti dôležité pre posúdenie vzniku poisťovej udalosti a stanovenie výšky poisťového plnenia.

10. Doklady preukazujúce vznik poisťovej udalosti, ktoré sú predložené poisťovateľovi, musia byť vystavené podľa slovenského práva. Doklady, ktoré sú vystavené podľa cudzieho práva, môže poisťovateľ uznať ako preukazujúce vznik poisťovej udalosti, ak z ich obsahu nesporne vyplýva, že poisťová udalosť skutočne nastala. Ak nie sú doklady preukazujúce vznik poisťovej udalosti predložené podľa slovenského práva a poisťovateľ ich neuzná ako preukazujúce vznik poisťovej udalosti, má sa zato, že poisťová udalosť nenastala.

11. Ak sú doklady preukazujúce vznik poisťovej udalosti vystavené v inom ako slovenskom alebo českom jazyku, poistený je povinný na žiadosť poisťovateľa doložiť úradný preklad týchto dokladov.

12. Prípadné odvolanie súhlasu ošetrovaným a/alebo ošetrovateľom ak je iný ako poistený so spracovaním osobných údajov môže mať vplyv na riadne prešetrenie škodovej udalosti a poskytnutie poisťového plnenia.

Článok 19 Oprávnenie poisťovateľa zisťovať či preskúmať zdravotný stav poisteného a dôležité skutočnosti týkajúce sa straty zamestnania poisteného

1. Poisťovateľ je oprávnený zisťovať a preskúmať zdravotný stav poisteného, a to na základe správ, vyžiadaných od ošetrojúcich lekárov, ako aj prehliadkou, príp. vyšetrením lekára, ktorého poisťovateľ sám určí. Poisťovateľ je takisto oprávnený preskúmať všetky ďalšie skutočnosti, uvádzané poisťovníkom a/alebo poisteným najmä pri dojednávaní poistenia a pri oznámení poisťovej udalosti. Poisťovateľ má ďalej právo obstaráť si údaje o zdravotnom stave a zdravotnej anamnéze poisteného z jeho zdravotnej dokumentácie a získavať údaje o poistenom z lekárskej správy Sociálnej poisťovne.

2. Poisťovateľ je oprávnený zisťovať a preskúmať dôležité skutočnosti, týkajúce sa straty zamestnania a nezamestnanosti poisteného.

3. Na osobné údaje získané podľa bodov 1. a 2. tohto Článku sa vzťahuje ochrana podľa Článku 20 týchto poisťovních podmienok.

4. Vedome nepravdivé alebo neúplné odpovede na otázky poisťovateľa môžu mať za následok zánik poistenia alebo zníženie prípadne odmietnutie poisťového plnenia.

Článok 20 Ochrana osobných údajov

1. V rámci poisťovacieho vzťahu je Poisťovateľ ako prevádzkovateľ oprávnený v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ č. 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a podľa zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve (ďalej len „zákon o poisťovníctve“) spracovávať osobné údaje dotknutých osôb, a to aj bez ich súhlasu za účelom a v rozsahu stanovenom zákonom o poisťovníctve.

Informácie o ochrane osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke Poistovateľa: <https://bnpparibascardif.sk/ochrana-osobnych-udajov>

3. Zodpovednú osobu prevádzkovateľa je možné kontaktovať poštou na adrese Poistovateľa alebo prostredníctvom e-mailu: skdpo@cardif.com

4. Účelom spracúvania osobných údajov je v zmysle zákona o poisťovníctve identifikácia dotknutých osôb a ich zástupcov, zachovanie možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, uzavieranie poistných zmlúv a správa poistenia medzi Poistovateľom a dotknutými osobami, likvidácia poistných udalostí alebo škodových udalostí zo strany Poistovateľa, hodnotenie a zvyšovanie kvality služieb, ochrana a domáhanie sa práv Poistovateľa voči dotknutým osobám, zdokumentovanie činnosti Poistovateľa, výkon dohľadu nad poisťovňami, plnenie povinností a úloh Poistovateľa, ktoré mu vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

5. Právnymi základmi spracúvania osobných údajov sú: plnenie zákonných povinností podľa čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia a/alebo plnenie zmluvy s dotknutou osobou podľa čl. 6 ods. 1 písm. b) Nariadenia a/alebo verejný záujem podľa čl. 6 ods. 1 písm. e) Nariadenia a/alebo oprávnené záujmy poisťovne alebo tretej strany podľa čl. 6 ods. 1 písm. f) Nariadenia.

6. Osobitné kategórie osobných údajov týkajúce sa zdravia prevádzkovateľ spracúva na základe zákona o poisťovníctve.

7. V prípade poistnej udalosti týkajúcej sa ošetrovania člena rodiny môže dôjsť ku spracovaniu osobných údajov osôb, ktoré nie sú s prevádzkovateľom v priamom vzťahu – ošetrovateľa a ošetrovaného. Povinnosťou poisteného je tieto osoby informovať, že dochádza ku spracovaniu ich osobných údajov a odkázať ich na potrebné informácie. Ich osobné údaje prevádzkovateľ spracúva na základe oprávneného záujmu Poistovateľa – Poisteného – vykonávanie odbornej starostlivosti Poistovateľa a zabezpečenie vysokého štandardu a kvality služieb. Oprávnený záujem je primeraný a podľa testu proporcionality (tzv. balančný test) prevádzkovateľ overuje, či sú zachované záujmy alebo základné práva dotknutých osôb.

8. Dotknutá osoba má právo domáhať sa svojich práv v súvislosti so spracovávaním osobných údajov, a to práva na prístup k osobným údajom, práva na opravu osobných údajov, práva na vymazanie osobných údajov, práva na obmedzenie spracúvania osobných údajov, práva namietať spracúvanie osobných údajov, práva na prenosnosť osobných údajov a práva podať sťažnosť dozornému orgánu (Úradu na ochranu osobných údajov) spôsobom a v rozsahu stanovenom Nariadením.

9. Dotknutá osoba je povinná oznámiť Poistovateľovi každú zmenu alebo chybu svojich údajov; Poistovateľ nenesie zodpovednosť za spracovanie alebo použitie nesprávnych alebo neaktuálnych údajov v prípade nesplnenia tejto povinnosti.

Článok 21 Adresy a oznámenia

1. Všetky oznámenia a žiadosti týkajúce sa poistenia sa podávajú písomne, ak nie je dohodnuté medzi poistníkom/poisteným a poisťovateľom inak. Oznámenia adresované poisťovateľovi sú účinné ich doručením. Oznámenia a žiadosti, ktoré nemajú písomnú formu sú neplatné, ak v týchto poistných podmienkach nie je uvedené inak.

2. V prípade, že poistník/poistený uvedie kontaktné telefónne číslo a/alebo emailovú adresu poisťovateľa je oprávnený na komunikáciu s poistníkom/poisteným využívať aj tieto komunikačné kanály a zasielať korešpondenciu na takto uvedenú kontaktnú mailovú adresu. Korešpondencia sa považuje za doručenie momentom jej odoslania poisťovateľom na kontaktnú mailovú adresu poistníka/poisteného.

3. Poistený/poistník je povinný informovať bez zbytočného odkladu poisťovateľa a poistníka o každej zmene svojich kontaktných údajov.

Článok 22 Spôsob vybavovania sťažností

Poisťovateľ prijíma sťažnosti podávané písomne a ústne. Sťažnosť sa podáva písomne prostredníctvom e-mailu alebo prostredníctvom pošty na adresu Poistovateľa. O sťažnosti podanej ústne sa spíše záznam, ktorý sťažovateľ podpíše. Sťažovateľ musí v sťažnosti uviesť svoje meno, priezvisko, adresu, predmet sťažnosti a čoho sa domáha. Anonymná sťažnosť sa vybavuje iba v tom prípade, ak obsahuje konkrétne údaje, ktoré nasvedčujú, že bol porušený právny predpis. Poistovateľ sťažnosť posúdi v lehote 30 dní od jej doručenia. V odôvodnených prípadoch môže poisťovateľ lehotu na vyjadrenie k sťažnosti predĺžiť na 60 dní, pričom v takom prípade sťažovateľovi oznámi dôvody predĺženia lehoty. O spôsobe vybavenia sťažnosti bude sťažovateľ písomne upovedomený. Sťažovateľ sa môže, v prípadoch ustanovených Zákonom č. 391/2015 Z.z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov, obrátiť na subjekt alternatívneho riešenia sporov, napr. na útvar poisťovacieho ombudsmana, zriadený Slovenskou asociáciou poisťovní. Zoznam všetkých subjektov alternatívneho riešenia spotrebiteľských sporov je uvedený internetovej stránke Ministerstva hospodárstva SR. Sťažovateľ sa vždy môže obrátiť so svojou sťažnosťou aj na orgán dohľadu nad poisťovníctvom a finančným sprostredkovaním, ktorým je Národná banka Slovenska.

Článok 23 Rozhodné právo

Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie a všetky právne vzťahy z neho vyplývajúce sa riadia právnym poriadkom Slovenskej republiky a platia pre ne príslušné ustanovenia Občianskeho zákonníka (ďalej tiež „zákon“), Rámcovej poistnej zmluvy pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie (v texte tiež „poistná zmluva“) a tieto poistné podmienky, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. V prípade rozporu medzi ustanoveniami jednotlivých citovaných dokumentov budú mať prednosť v poradí najprv kogentné ustanovenia zákona a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov, potom ustanovenia poistnej zmluvy, potom ustanovenia poistných podmienok a napokon dispozitívne ustanovenia zákona a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov.

Článok 24 Záverečné ustanovenia

1. Od ustanovení týchto poistných podmienok, ak to vyžaduje charakter a účel poistenia, je možné sa v poistnej zmluve odchýliť tam, kde je to v týchto poistných podmienkach uvedené, inak iba ak je to v prospech poisteného.
2. Poistený, poistník alebo oprávnená osoba nemajú v prípade riadneho alebo predčasného ukončenia poistnej zmluvy nárok na odkupnú hodnotu.
3. Tieto Všeobecné poistné podmienky pre poistenie schopnosti splácať úver na bývanie nadobúdajú účinnosť dňa 1.10.2021.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som prevzal jedno vyhotovenie týchto VPP;

dĺžnik:

dňa:

spoludĺžnik:

dňa:

(iba v prípade osobného prevzatia, pokiaľ banku nepožiadal o iný spôsob prevzatia)

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
SMŔŤ POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá poistenému poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ...):
Číslo úveru / poistenia:
Meno a priezvisko: Rodné číslo poisteného.....
Telefónne číslo kontaktnej osoby:
Adresa kontaktnej osoby Vzťah k poistenému.....
Štátna príslušnosť:.....
Číslo dokladu totožnosti:.....
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok):
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu (predčíslenie, účet, kód banky), názov banky:
..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu..
Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? nie áno Akých.....
Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrojúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu
.....
Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) nie áno
a to na túto e-mailovú adresu

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):
.....

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- „Úmrtný list poisteného“,
- lekárom vyplnený doklad „List o prehliadke mŕtveho“, príp. „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému
.....
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta
.....
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil poisteného

Prehlasujem, že

- nie som / som politicky exponovaná osoba (PEP)¹, podľa zákona č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „AML zákon“).
- uvedené údaje, slúžiace k identifikácii, sú správne, a nemám výhrady k vykonanej identifikácii.

¹ PEP je fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, prípadne je k PEP blízkou osobou podľa ustanovenia §6, ods. 3 AML zákona alebo je konečným užívateľom výhod podľa ustanovenia §6a AML zákona

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa zdravotného stavu poisteného.

Dátum _____

Podpis kontaktnej osoby _____

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poisťovňa môže od poistenej osoby vyžiadať k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Poplatok za vyhotovenie správy o zdravotnom stave lekárom hradí poistená osoba alebo pozostalí. Poist'ovňa uhradí na bankový účet náklady na vyhotovenie správy o zdravotnom stave do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného dokladu.

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade smrti z titulu choroby alebo úrazu

Lekár poisteného Špecializácia:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného).....
Výška poisteného..... cm Váha poisteného kg

Došlo k udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?

nie áno - akých množstvo (napr. %).....

I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

a) Z dôvodu akého ochorenia/úrazu je udalosť nahlásená? Dg. kódom / slovne

.....
.....

b) Kedy vzniklo ochorenie/úraz na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. odkedy (deň, mesiac, rok) Dg. odkedy (deň, mesiac, rok)

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia/úrazu hláseného ako poistná udalosť.

V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

.....
.....

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia (k dátumu podpisu úverovej zmluvy), t.j. ku dňu

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita a iné). Kedy boli uvedené ochorenia prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii?

Dg. kódom / slovne odkedy (deň, mesiac, rok)

Dg. kódom / slovne odkedy (deň, mesiac, rok)

b) Uvedte práceneschopnosti poisteného spolu s diagnózami a dĺžkou trvania v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. od – do PN dg. od – do

PN dg. od – do PN dg. od – do

c) Bolo v súvislosti so zistenými chronickými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporučené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie áno - aké odkedy na akú dobu

III. Bol poistený v invalidnom dôchodku? Odkedy?

.....

Údaje o zdravotnom stave musia byť potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum:

Podpis a pečať lekára poisteného:

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI TRVALÁ INVALIDITA POISTENÉHO

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing, spol. ...):.....

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia:

Meno a priezvisko:..... Rodné číslo poisteného:

Dátum narodenia poisteného (ak nebolo pridelené r.č.):

Kontaktná adresa poisteného: Štátna príslušnosť poisteného:.....

Telefónne číslo poisteného.....

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky

..... - podpísom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie Akých.....

Bola poistná udalosť vyšetřovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetřujúceho orgánu a číslo vyšetřovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

a to na túto e-mailovú adresu

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- „Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou
- lekárskej správy Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok (zápisnica a odborný posudok o invalidite),
- zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s.
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému

- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta

- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil poisteného

beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. v časti Praktické informácie, v sekcii Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov.

prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie poistenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem NP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

Dátum _____

Podpis poisteného / kontaktnej osoby _____

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poisťovňa môže od poistnej osoby vyžiadať k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti aj kópiu úverovej zmluvy, podpísom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.

BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., Bottova 2A, 811 09 Bratislava, tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, <http://www.bnpparibascardif.sk/>, cardif@cardif.com
IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885, Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Poplatok za vyhotovenie správy o zdravotnom stave lekárom hradí poistená osoba alebo pozostalí. Poist'ovňa uhradí na bankový účet náklady na vyhotovenie správy o zdravotnom stave do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného dokladu.

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade trvalej invalidity z titulu choroby alebo úrazu

Lekár poisteného Špecializácia:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného):
Výška poisteného cm Váha poisteného kg

Došlo k udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?

nie áno - akých množstvo (napr. ‰)

I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

a) Z dôvodu akého ochorenia/úrazu je udalosť nahlásená? Dg. kódom / slovne

.....
.....

b) Kedy vzniklo ochorenie/úraz na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____ Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia/úrazu hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

.....
.....
.....

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia (k dátumu podpisu úverovej zmluvy), t.j. ku dňu

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita a iné). Kedy boli uvedené ochorenia prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii?

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

b) Uvedte práceneschopnosti poisteného spolu s diagnózami a dĺžkou trvania v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

c) Bolo v súvislosti so zistenými chronickými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie áno - aké odkedy na akú dobu

III. Bol/je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

.....

Údaje o zdravotnom stave musia byť potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol.):
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia:
Meno a priezvisko: Rodné číslo poisteného:
Kontaktná adresa poisteného: Štátna príslušnosť poisteného:
Telefónne číslo poisteného: Číslo dokladu totožnosti
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky

..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie Akých

Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

a to na túto e-mailovú adresu

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á): áno SZČO-názov:
 nezamestnaný/á v ochrannnej lehote nezamestnaný/á -odkedy.....

Zamestnávateľ: tel.č. zamestnávateľa:

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina)

Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz: nie áno - uveďte prosím kedy (deň, mesiac, rok):

V prípade, ak k poistnej udalosti došlo následkom úrazu:

Ide o nový úraz áno nie

stručný popis úrazu:

Ide o následky úrazu z minulosti nie áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu lekárom vystaveného dokladu "potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (l.časť)
- kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti BNP Paribas Cardif Poistovňa, a. s.,
- meno a presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poistovňa, a. s., v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poistovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

Dátum

Podpis poisteného

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poisťovňa môže od poistenej osoby vyžiadať k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou BNP Paribas Cardif Poistovňa, a. s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním BNP Paribas Cardif Poistovňa, a. s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Poplatok za vyhotovenie správy o zdravotnom stave lekárom hradí poistená osoba alebo pozostalí. Poist'ovňa uhradí na bankový účet náklady na vyhotovenie správy o zdravotnom stave do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného dokladu.

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrujúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti z titulu choroby alebo úrazu

Lekár poisteného Špecializácia:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného):
Výška poisteného cm Váha poisteného kg
- vystavená PN áno nie
- k dátumu PN zamestnaný/SZČO nezamestnaný v ochrannnej lehote nezamestnaný
- číslo legitimácie
- doba trvania PN od do PS od.....
- stanovená / konečná diagnóza/.....

Došlo k udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?

nie áno - akých množstvo (ak je možné určiť - napr. ‰)

I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

a) Z dôvodu akého ochorenia/úrazu je udalosť nahlásená? Dg. kódom / slovne

b) Kedy vzniklo ochorenie/úraz na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____ Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia/úrazu hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia (k dátumu podpisu úverovej zmluvy), t.j. ku dňu __

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita a iné). Kedy boli uvedené ochorenia prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii?

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

b) Uveďte práceneschopnosti poisteného spolu s diagnózami a dĺžkou trvania v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

c) Bolo v súvislosti so zistenými chronickými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie áno - aké odkedy na akú dobu

III. Bol/je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: _____ Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
STRATA ZAMESTNANIA POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ...):
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia:
Meno a priezvisko: Rodné číslo poisteného:
Kontaktná adresa poisteného: Štátna príslušnosť poisteného:
Telefónne číslo poisteného Číslo dokladu totožnosti
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky

.....- podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno
nie a to na túto e-mailovú adresu

Ku ktorému dátumu s Vami zamestnávateľ rozviazal pracovný pomer (dátum skončenia pracovného pomeru):

Kedy ste obdržali od zamestnávateľa písomné vyrozumienie o rozviazaní pracovného pomeru (deň, mesiac, rok):

Uveďte prosím: adresu, tel. č. a názov zamestnávateľa, u ktorého došlo k rozviazaniu pracovného pomeru:
.....

Dôvod rozviazania pracovného pomeru:
.....

Uveďte údaje o úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (adresa a od ktorého dátumu (deň, mesiac, rok) ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie):

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu pracovnej zmluvy vrátane prípadného dodatku s uvedením zmeny pracovného pomeru na dobu neurčitú
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru
- kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópiu potvrdenia o zápočte rokov
- kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a.s.

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a.s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a.s., aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasného i predchádzajúcich), príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnej poisťovne všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho pracovného pomeru.

Dátum _____

Podpis poisteného _____

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI – Ošetrovanie člena rodiny

Poistený (meno a priezvisko):

Rodné číslo: Dátum nar. v prípade ak RČ nebolo pridelené:

Štát narodenia: Štátna príslušnosť:

Číslo účtu/úverovej zmluvy, ku ktorej máte uzavreté poistenie:

Vaše kontaktná adresa:

Telefón: + E-mail*:

Pokiaľ ste SZČO, uveďte prosím vaše IČO: *v prípade uvedenia vašej e-mailovej adresy súhlasíte s použitím tejto adresy pre komunikáciu týkajúcu sa tejto udalosti

Ošetrovateľ (meno a priezvisko):

Rodné číslo: Ste: poistený manžel/manželka poisteného
 druh/družka poisteného

V akom ste vzťahu s ošetrovanou osobou

Ošetrovaná osoba (meno a priezvisko):

Rodné číslo:

Bola, alebo je ošetrovaná osoba uznaná invalidnou? áno nie od do %

Šetrila udalosť Polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím adresu:

Tento **podpísaný** formulár zašlite vrátane nasledujúcich, riadne vyplnených a potvrdených dokladov, na e-mailovú adresu cardifslovakia@cardif.com, resp. na adresu spoločnosti (uvedená v zapätí formuláru):

- lekársky dotazník,
- v prípade dlhodobej starostlivosti: *kópie rozhodnutia Úradu práce vo veci žiadosti o príspevok na opatrovanie*
- potvrdenie zamestnávateľa o čerpaní pracovného voľna, alebo kópie zápočtového listu alebo potvrdenia zamestnávateľa o skončení pracovného pomeru z dôvodu ošetrovania,
- doklad preukazujúci vzťah poisteného k ošetrovanému členovi rodiny,
- doklad preukazujúci vzťah ošetrovateľa, ak ním nie je poistený, k poistenému,
- v prípade dlhodobého ošetrovania kópie rozhodnutí ošetrojúceho lekára o vzniku alebo trvaní potreby dlhodobej starostlivosti,

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., v časti Informácie pre klienta, sekcia Ochrana osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé a že som nezamlčal/a žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na šetrenie poistnej udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť.

Beriem tiež na vedomie, že spracovanie mojich osobných údajov je nevyhnutné pre účely boja proti poisťovacím podvodom, praniu špinavých peňazí alebo financovania terorizmu.

V dňa Podpis oznamovateľa:

BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., Bottova 2A, 811 09 Bratislava, tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, <http://www.bnpparibascardif.sk/>,
cardifslovakia@cardif.com, IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885, Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vL. č. 2547/B

LEKÁRSKY DOTAZNÍK - Ošetrovanie člena rodiny

vyplní ošetrujúci lekár

Prosíme o vyplnenie nasledujúcich otázok. Za platný je považovaný len kompletne vyplnený zdravotný dotazník. Náklady spojené s vyplnením tohto dotazníka hradí klient, ktorý môže vyplatenie pokladničného dokladu uplatniť u BNP Paribas Cardif Poistovňa, a.s. do výšky max. 7 EUR.

Meno a priezvisko ošetrovanej osoby:

Rodné číslo:

Dátum začiatku ošetrovania člena rodiny Ošetrovanie člena rodiny trvá?

Ošetrovanie člena rodiny ukončené k dátumu: Príčina ošetrovania člena rodiny Úraz Choroba

Uvedte, prosím, všetky diagnózy (v súlade s MKN10), na základe ktorých bolo vystavené ošetrovanie člena rodiny, kedy boli v minulosti prvýkrát zistené, a ako sa tieto diagnózy časovo podieľali na potrebe ošetrovania člena rodiny.

Diagnóza:	Dátum prvého záchytu:	Časový podiel v rámci ošetrovania člena rodiny
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	od <input type="text"/> do <input type="text"/>

Uvedte, prosím, na základe akej etiológie sú vyššie uvedené diagnózy (ak sa jedná o úrazovú etiológiu, prosím uveďte úrazový dej):

1. diagnóza	<input type="text"/>
2. diagnóza	<input type="text"/>
3. diagnóza	<input type="text"/>
4. diagnóza	<input type="text"/>

Došlo k škodovej udalosti (ošetrovanie člena rodiny) v súvislosti s užitím alkoholu či omamných a psychotropných látok?

Áno Nie

Bol pacient v súvislosti s vyššie uvedenými diagnózami indikovaný k operačnému riešeniu či hospitalizácii?

Diagnóza Dátum operácie/hospitalizácia:

Ďalšia kontrola dňa:

V dňa Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára:

DOTAZNÍK O ZAMESTNANÍ

Vyplní ošetrujúca osoba

Ukončili ste pracovný pomer? Áno Nie

Ste evidovaný na úrade práce? Áno Nie

Čerpáte neplatené voľno? Áno Nie

Vyplní zamestnávateľ ošetrovateľa

Názov zamestnávateľa:

IČO:

Sídlo:

Zastúpená:

(ďalej je „Zamestnávateľ“)

Variant k ukončeniu pracovného pomeru z dôvodu ošetrovania:

Potvrdzujem, že

Pán/pani

Rodné číslo

Bytom

Bola u Zamestnávateľa zamestnaná od: do:

pričom jej/jeho pracovný pomer bol ukončený z dôvodu potreby ošetrovania člena rodiny.

Variant k čerpaniu neplateného pracovného voľna:

Potvrdzujem, že

Pán/pani

Rodné číslo

Bytom

je u Zamestnávateľa zamestnaná od: doposiaľ, pričom od: do:

čerpá/čerpala pracovné voľno z dôvodu potreby ošetrovania člena rodiny.

V dňa

Pečiatka a podpis zamestnávateľa: