

ZAŘAZENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU CREDIT LIFE dle skupinové pojistné smlouvy č. 400.018

UniCredit Leasing CZ, a.s., se sídlem Praha 4, Želetavská 1525/1, PSČ 140 00, IČ: 15886492 (dále též jako „Pojistník“) sjednal Skupinovou pojistnou smlouvou č. 400.018 s pojišťovnou MetLife Europe d.a.c., irskou společností s reg. č. 415123 a sídlem 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko, jednajícím v České republice prostřednictvím MetLife Europe d.a.c. pobočka pro Českou republiku, se sídlem Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1 IČ 03926206 a její sesterskou pojišťovnou MetLife Europe Insurance d.a.c. č. 472350 se sídlem 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko, podnikajícím v České republice prostřednictvím MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka pro Českou republiku se sídlem Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1 IČ 03926079 (společně dále též jako „Pojistitel“ a „Skupinová pojistná smlouva“), na jejímž základě jsou Zákazníci Pojistníka čerpající úvěr/leasing, pojištění podle pojistných programů pod obchodním názvem Pojištění schopnosti splácet BASIC a Pojištění schopnosti splácet PREMIUM, pokud o ně požádají řádným vyplněním tohoto formuláře, který je nedílnou součástí níže specifikované smlouvy o financování.

Jméno a příjmení zákazníka – pojištěného:.....
Číslo smlouvy o financování:

Zákazník prohlašuje, že má u Pojistníka sjednáno čerpání půjčky, přičemž v souvislosti s tím mu vzniká riziko, že nebude schopen půjčku splácet z důvodu níže popsaných pojistných událostí. Proto má potřebu prostřednictvím Pojistníka získat pojistnou ochranu dle Skupinové pojistné smlouvy a na základě doporučení níže se rozhoduje, že vstoupí do pojištění:

Pojištění schopnosti splácet - BASIC; **Doporučení:** Pojištění je vhodné pro zákazníky, kteří chtějí ochránit svou schopnost splácet pro případ své smrti, úplné trvalé invalidity a pracovní neschopnosti.

Pojištění schopnosti splácet – PREMIUM; **Doporučení:** Pojištění je vhodné pro zákazníky, kteří chtějí ochránit svou schopnost splácet v situacích výše a také v případě nedobrovolné ztráty zaměstnání (**nehodné pro osoby bez zaměstnání**).

Zákazník své pohledávky ze Skupinové pojistné smlouvy, v souladu s touto smlouvou a do výše v ní specificky uvedené **vinkuluje ve prospěch Pojistníka** a souhlasí s tím, aby Pojistník byl současně určen **obmyšlenou osobou**. Zákazník souhlasí s tím, aby pojistné plnění z výše uvedené Skupinové pojistné smlouvy do výše ve Skupinové pojistné smlouvě uvedené bylo použito jako zajištění úvěru/leasingu, který Zákazníkovi dle smlouvy o úvěru/leasingu poskytl Pojistník.

Zákazník proto výslovně souhlasí s tím, aby Pojistitel informoval Pojistníka o vzniku nároku na pojistné plnění ze Skupinové pojistné smlouvy a aby pojistná plnění ze Skupinové pojistné smlouvy, vztahující se k pojistné události, jež se přihodila Zákazníkovi, poukazyval na účet Pojistníka.

Ve smyslu nařízení EU č. 2016/679, obecné nařízení o ochraně osobních údajů, Zákazník:

- bere na vědomí, že jeho osobní údaje uvedené na této přihlášce a dále v dokumentaci k poskytnutí úvěru budou předány Pojistiteli coby správci osobních údajů, které je bude zpracovávat, neboť je to nezbytné k ochraně oprávněných zájmů správce (prokázání nároku na pojistné vůči Pojistníku, prokázání řádného postupu při poskytování pojištění v souladu se zákonem a pojistnou smlouvou) a dále pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků vyplývajících z pojištění (zejména nároku zákazníka na pojistné plnění), to se týká i osobních údajů zvláštní kategorie, který je uveden níže na tomto formuláři v sekci Ověření zdravotní způsobilosti. To se týká rovněž dalších osobních údajů, včetně osobních údajů o zdravotním stavu, poskytnutých Zákazníkem Pojistiteli či Pojistníkovi na základě Skupinové pojistné smlouvy a v souvislosti s ní. Při poskytování pojištění spolupracuje Pojistitel jako správce osobních údajů a Pojistník jako zpracovatel jeho osobních údajů.
- ve smyslu ust. § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, souhlasí s tím, aby Pojistitel za účelem posouzení pojistného rizika, šetření pojistné události a určení výše pojistného plnění požadoval údaje o zdravotním stavu pojištěného a zjištění zdravotního stavu nebo příčiny smrti pojištěného, a to i na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením. Tento souhlas může zákazník kdykoli odvolat, nicméně pak nebude moci Pojistitel prošetřit pojistnou událost a stanovit výši pojistného plnění.
- Zákazník si je vědom svého práva přístupu k osobním údajům poskytnutým Pojistníku a Pojistiteli, práva na informace o zpracování, jakož i práva na opravu takových osobních údajů a dále svého práva požadovat při splnění zákonem stanovených podmínek od Pojistníka a Pojistitele vysvětlení a odstranění případného závadného stavu, a to zejména omezením blokováním, provedením opravy, doplněním nebo likvidací osobních údajů (výmazem). Zákazník byl upozorněn na veškeré informace o zpracování svých osobních údajů Pojistitelem dle čl. 14 GDPR, přičemž veškeré tyto informace jsou kdykoli dostupné v Oznámení o ochraně osobních údajů, které je také na webových stránkách Pojistitele www.metlife.cz, v sekci „Kontaktujte nás“ pod odkazem ochrana osobních informací, tyto informace v písemné podobě má i osoba, jež s ním vyplňuje tento formulář Zařazení zákazníka do pojistného programu. Zákazník se zavazuje oznámit Pojistiteli každou změnu svých osobních údajů.

Zákazník potvrzuje, že se seznámil a souhlasí s obsahem Skupinové pojistné smlouvy, všeobecnými a zvláštními pojistnými podmínkami, na něž tato smlouva odkazuje, jedno vyhotovení tohoto formuláře, informace o pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy a dle zákona 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a seznámil se s nimi. Považuje je za srozumitelné. Veškeré informace jsou dostupné na www.unicreditleasing.cz a jedno vyhotovení tohoto formuláře. Zákazník dále bere na vědomí, že je oprávněn během účinnosti smlouvy o úvěru/leasingu kdykoliv od Pojistníka vyžadovat poskytnutí kopie Skupinové pojistné smlouvy a Pojistník je povinen v takovém případě tuto kopii Zákazníkovi poskytnout. Tyto dokumenty a další informace Zákazník získá na internetových stránkách www.unicreditleasing.cz.

Zákazník tímto ve smyslu ust. § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, opravňuje každého lékaře, zdravotnické zařízení nebo jinou osobu, která disponuje informacemi o jeho osobě a jeho zdraví, k poskytnutí informací pojistiteli nebo jeho zástupci, vztahujících se k prodělané nemoci, úrazům, pobytům ve zdravotnickém zařízení, konzultacím, pracovní neschopnosti, lékařským nebo diagnostickým úkonům či léčení. Zákazník souhlasí s tím, že kopie tohoto prohlášení má stejnou platnost jako originál. Toto oprávnění trvá i po smrti zákazníka.

Upozornění ohledně přistoupení k pojištění

Zákazník bere na vědomí, že přistoupením k pojištění se stává pojištěným, nikoliv však pojistníkem, a v důsledku toho nemůže disponovat s Pojistnou smlouvou (tj. ukončit či měnit ji). Informaci o skutečnosti, která se týká změny nebo zániku pojištění, mu oznamuje Pojstník. Bere na vědomí, že pojištění nelze sjednat odděleně od půjčky. Sjednání pojištění však není povinné a půjčku lze čerpat bez pojištění.

Pojistné krytí podle věku pojištěného

Pojištění úplné trvalé invalidity následkem úrazu nebo nemoci / pracovní neschopnosti následkem úrazu nebo nemoci/ nedobrovolné ztráty zaměstnání: krytí platí v rozmezí věku pojištěného 18 let – den, kdy vzniká pojištěnému nárok na starobní důchod (bez ohledu na využití tohoto nároku)

Pojištění smrti:

18 – 64 let smrt úrazem nebo nemocí
65 – 94 let smrt úrazem

OVĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI žadatele o zařazení do pojistného programu: *zaškrtněte příslušnou variantu*

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ žadatele o zařazení do pojistného programu

Prohlašuji, že **SPLŇUJI PODMÍNKY** zařazení do pojištění, tj. jsem fyzickou osobou a v současné době:

- jsem ve věku 95-N (N je doba, na kterou je poskytnuto financování (úvěr/leasing) Pojstníkem),
- nepobírám starobní ani invalidní důchod,
- jsem zdrav/a,
- nejsem v pravidelné lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků, nejsem ani v pracovní neschopnosti,
- v uplynulých 12 měsících jsem nebyl/a v pracovní neschopnosti delší než 30 po sobě jdoucích dnů.

NESPLŇUJI výše uvedené podmínky zařazení do pojištění a žádám o zařazení do pojištění podle Skupinové pojistné smlouvy s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, úplné dočasné invalidity následkem úrazu a nedobrovolné ztráty zaměstnání (pouze u balíčku PREMIUM), v souladu se Skupinovou pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Sjednává se, že v případě, že nebude zaškrtnuta žádná z výše uvedených variant, budou zaškrtnuty obě varianty či se Zdravotní prohlášení ukáže jako nepravdivé, **bude se pojištění vztahovat pouze na pojistné události následkem úrazu.**

.....
Datum

.....
Podpis pojištěného Zákazníka

.....
Podpis zástupce Pojstníka, který formulář převzal