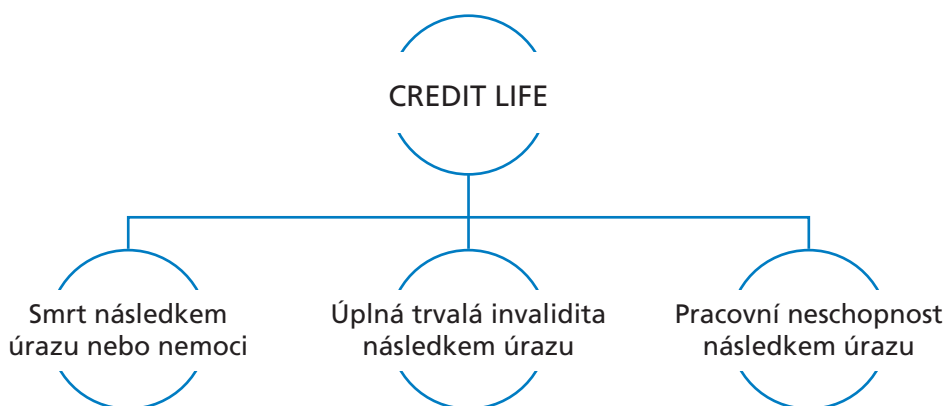


CREDIT LIFE pojištění schopnosti splácet



Smrt následkem úrazu nebo nemoci do 70 let věku.

Úplná trvalá invalidita následkem úrazu do dne vzniku nároku na starobní či invalidní důchod.

Pracovní neschopnost následkem úrazu do dne vzniku nároku na starobní či invalidní důchod.

Přihlášení do pojištění probíhá současně s uzavřením smlouvy o půjčce, prostřednictvím **Formuláře zařazení**.

NEsouhlas se zdravotním prohlášením znamená zařazení do pojištění s následujícím pojistným krytím:

Smrt následkem úrazu

Úplná trvalá invalidita následkem úrazu

Pracovní neschopnost následkem úrazu

Smrt následkem úrazu nebo nemoci

Jednorázová platba všech neuhrazených týdenních splátek následujících po datu smrti (dle splátkového kalendáře).

Úplná trvalá invalidita následkem úrazu

Trvalá invalidita, která znemožňuje vykonávat zaměstnání.

Jednorázová platba všech neuhrazených týdenních splátek následujících po datu uznání Úplné trvalé invalidity (dle splátkového kalendáře).

Pracovní neschopnost následkem úrazu

První týdenní splátka hrazena po 37 dnech trvání neschopnosti.

Hrazeno maximálně 8 splátek v rámci jedné pojistné události.

Pojistné plnění je vždy vyplaceno společnosti Fair Credit Czech s.r.o.

Maximální výše pojistného plnění je u každého jednotlivého Pojištěného omezena na částku **150.000 Kč** bez ohledu na počet půjček Pojištěného.

Maximální doba splácení půjčky je **78 týdnů**.

Postup při pojistné události

1. Pojištěná osoba (pozůstalý) **kontaktuje pojišťovnu**.
2. Pracovník oddělení pojistných událostí si vyžádá **formuláře a další dokumenty** potřebné k nahlášení pojistné události.
3. **Vyplněné a podepsané formuláře + požadované dokumenty pošle pojištěný do pojišťovny.**

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ žadatele o zařazení do pojistného programu

Prohlašuji, že SPLŮJU PODMINKY zařazení do pojištění, tj. jsem fyzickou osobou a v současné době: jsem ve věku 70-N (N je doba, na kterou je poskytnuta půjčka společnosti Fair Credit) nepobírám starobní ani invalidní důchod, jsem zdravá, nejsem v pravidelné lékařské péči či pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku zjištěného chronického onemocnění s trvalým užíváním léků, nejsem v pracovní neschopnosti, v uplynulých 12 měsících jsem nebyla v pracovní neschopnosti delší než 30 po sobě jdoucích dnů.

NESPLŮJU výše uvedené podmínky zařazení do pojištění a žádám o zařazení do pojištění podle Rámcové pojistné smlouvy s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, úplné dočasné invalidity následkem úrazu, v souladu s Rámcovou pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Sjednává se, že v případě, že nebude zaškrtnuta žádná z výše uvedených variant nebo budou zaškrtnuty obě, bude se pojištění vztahovat pouze na pojistné události následkem úrazu. V případě, že bude Zdravotní prohlášení nepravdivé, má Pojistitel právo plnění z pojistné smlouvy odmítnout, nebo od pojistné smlouvy (pojištění Zákazníka) odstoupit.

MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku

Purkyňova 2121/3

Praha 1 / 110 00

E-mail: info@metlife.cz

Tel.: +420 227 111 000