

ZAŘAZENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

Jméno a příjmení: Rodné číslo:

Adresa: (dále také jako „Zákazník“ nebo „Pojištěný“).

Beru na vědomí, že

Fair Credit Czech s.r.o., se sídlem Praha 10 - Vršovice, Kubánské nám. 1391/11, PSČ 100 00, IČ: 044 55 835 (dále jen „Fair Credit“ nebo „Pojistník“), sjednal dne 27. dubna 2018 Skupinovou pojistnou smlouvu č. 400.017 pojednávající o pojistném programu pro zákazníky Fair Credit („Skupinová pojistná smlouva“), s MetLife Europe d.a.c., irská společnost s reg. č. 415123, se sídlem 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko, podnikající v České republice prostřednictvím MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku, IČ: 03926206, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. A77032, se sídlem Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1 (dále jen jako „Pojišťovna“), a podpisem tohoto Zařazení zákazníka do pojistného programu, beru na vědomí své zařazení do tohoto pojistného programu.

Poskytnutí pojistné ochrany:

Zákazník Fair Credit je v rámci poskytnutého spotřebitelského úvěru automaticky kryt pro případ:

- smrti následkem úrazu nebo nemoci s pojistnou částkou ve výši součtu všech neuhrazených týdenních splátek ke dni smrti, které podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru následují po datu úmrtí;
- úplné trvalé invalidity následkem úrazu s pojistnou částkou ve výši součtu všech neuhrazených týdenních splátek ke dni uznání stavu úplné trvalé invalidity, které podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru následují po datu uznání stavu úplné trvalé invalidity;
- pracovní neschopnosti následkem úrazu. Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti následkem úrazu je vypláceno formou týdenních plateb, kdy každá z plateb odpovídá 100% výši týdenní splátky spotřebitelského úvěru následující po pojistné události. Nárok na pojistné plnění vzniká za každých 7 dní, které uplynou po uplynutí odkladné lhůty v délce prvních 30 dnů úplné dočasné invalidity. Pojistitel uhradí maximálně 8 týdenních splátek.

Zákazník je pojištěn od 00.01 hodin dne následujícího po dni uzavření smlouvy o spotřebitelském úvěru, respektive podpisu Zařazení zákazníka do pojistného programu, do 24.00 hodin dne uhrazení poslední splátky spotřebitelského úvěru podle splátkového kalendáře, platného v době poskytnutí spotřebitelského úvěru.

Maximální výše spotřebitelského úvěru je 70.000 Kč a délka splácení celkové výše spotřebitelského úvěru sjednané ve Smlouvě o spotřebitelském úvěru v době jeho uzavření je maximálně 78 týdnů.

Pojištění automaticky zaniká, kromě důvodů uvedených v pojistné smlouvě a příslušných pojistných podmínkách:

- dnem pojistné události Smrti;
- dnem, uznání stavu Úplné trvalé invalidity následkem úrazu.

V případě pojistné události kontaktujte svého konzultanta ze společnosti Fair Credit, nebo navštivte internetové stránky www.metlife.cz, kde naleznete formuláře pro nahlášení pojistné události, které po vyplnění zašlete společně s dokumenty potvrzujícími platnost uplatňovaného nároku na adresu Pojišťovny (MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku) Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1.

Ověření zdravotní způsobilosti žadatele o zařazení do pojistného programu:

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 70-N (N je doba, na kterou je poskytnut spotřebitelský úvěr společnosti Fair Credit)

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 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 Rámcové pojistné smlouvy s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, pracovní neschopnosti následkem úrazu, v souladu s Rámcovou pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami.

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: Sjedná 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.

Zákazník veškeré své pohledávky ze Skupinové pojistné smlouvy vinkuluje ve prospěch Pojistníka a souhlasí s tím, aby Pojistník byl současně určen obmyslenou osobou. Zákazník souhlasí s tím, aby pojistné plnění z výše uvedené Skupinové pojistné smlouvy bylo použito jako zajišťovací instrument spotřebitelského úvěru, který Zákazníkovi dle této Smlouvy o spotřebitelském úvěru poskytl Pojistník. Zákazník proto souhlasí s tím, aby Pojišťovna veškerá pojistná plnění ze Skupinové pojistné smlouvy, vztahující se k pojistné události, jež se přihodila Zákazníkovi, do výše pohledávky Pojistníka z titulu spotřebitelského úvěru poskytnutého na základě Smlouvy o spotřebitelském úvěru, poukazovala na účet Pojistníka. Zákazník zároveň uděluje souhlas Pojišťovně, aby Pojistníka informovala o vzniku nároku na pojistné plnění ze Skupinové pojistné smlouvy.

Zákazník dále činí následující prohlášení:

Ve smyslu nařízení EU č. 2016/679, obecné nařízení o ochraně osobních údajů (dále jen GDPR), prohlašuji, že:

1. beru na vědomí, že mé osobní údaje uvedené na tomto formuláři a v další dokumentaci poskytnuté Fair Creditu budou předány Pojišťovně coby správci osobních údajů, který je bude zpracovávat, neboť je to nezbytné ke splnění Skupinové pojistné smlouvy 400.017 a takové zpracování je rovněž v oprávněném zájmu Pojišťovny (prokázání nároku Pojišťovny na pojistné, prokázání řádného postupu při poskytování pojištění v souladu s pojistnou smlouvou).



FCC_134_01 obch

2. beru na vědomí, že osobní údaje o mém zdravotním stavu uvedené v mém Zdravotním prohlášení výše zpracovává Pojišťovna, neboť je to nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků vyplývajících z pojištění (zejména mého nároku na pojistné plnění). To se týká rovněž dalších osobních údajů, včetně osobních údajů o zdravotním stavu, poskytnutých zákazníkem či zdravotnickým nebo jiným zařízením Pojišťovně na základě Skupinové pojistné smlouvy a v souvislosti s ní, typicky při likvidaci pojistné události. Při poskytování pojištění spolupracují Pojišťovna jako správce osobních údajů a Fair Credit jako zpracovatel osobních údajů.
3. jsem si vědom svého práva na přístup k osobním údajům poskytnutým Pojišťovně a Fair Creditu, práva na informace o zpracování, jakož i práva na opravu takových osobních údajů a dále svého práva požadovat při splnění zákonem stanovených podmínek od Fair Creditu a Pojišťovny vysvětlení a odstranění případného závadného stavu, a to zejména omezením, blokováním, provedením opravy, doplněním nebo likvidací osobních údajů (výmazem). Stvrzuji, že jsem byl upozorněn na informace o zpracování mých osobních údajů Pojišťovnou dle čl. 14 GDPR, přičemž veškeré tyto informace jsou kdykoli dostupné v Oznámení o ochraně osobních údajů, které je také na webových stránkách Pojišťovny www.metlife.cz, v sekci „Kontaktujte nás“ pod odkazem ochrana osobních informací.

Zároveň dávám souhlas ve smyslu ust. § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., o pojistné smlouvě k tomu, aby Pojišťovna požadovala údaje o mém zdravotním stavu, zjišťovala můj zdravotní stav nebo příčiny smrti, vše za účelem šetření pojistné události, zejména od zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven a orgánů sociálního zabezpečení.

Potvrzuji, že jsem obdržel všeobecné a zvláštní pojistné podmínky Credit Life, informační brožuru k tomuto pojištění, jedno vyhotovení tohoto formuláře a informace týkající se mého pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy. Dále beru na vědomí, že jsem oprávněn během účinnosti Smlouvy o spotřebitelském úvěru kdykoliv od Pojistníka vyžadovat poskytnutí kopie Skupinové pojistné smlouvy a Pojistník je povinen mi v takovém případě tuto kopii poskytnout.

V dne

.....
Podpis pojištěného Zákazníka

.....
Podpis konzultanta společnosti Fair Credit Czech s.r.o.,
který formulář převzal

