ZAŘAZENÍ ZÁKAZNÍKA DO POJISTNÉHO PROGRAMU

Jméno a příjmení: PAVEL DOKOUPIL Rodné číslo: 6502182247

Adresa: MASARYKOVA TŘÍDA 846, ORLOVÁ-LUTYNĚ 735 14 (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 15. 6. 2022 Skupinovou pojistnou smlouvou č. 400.022 pojednávající o pojistném programu Credit Life (Pojištěni schopnosti splácet) 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 informací zákazníkem a doporučení

Prohlašuji, že:

- mám u Fair Credit sjednáno čerpání spotřebitelského úvěru, přičemž v souvislosti s tím vzniká riziko, že nebudu schopen spotřebitelský úvěr splácet z důvodu mé smrti, úplné trvalé invalidity nebo mé pracovní neschopnosti (pro zaměstnance a OSVČ). Proto mám potřebu prostřednictvím Fair Credit coby pojistníka získat pojistnou ochranu dle Skupinové pojistné smlouvy, pojištění dle této smlouvy mi bylo z tohoto důvodu doporučeno a rozhodl jsem se do něj vstoupit;
- v den přistoupení k pojištění, tj. v den podpisu tohoto dokumentu jsem ve věku mezi 18 až 69 lety a že nejsem invalidní ve III. stupni invalidity a beru na vědomí, že nejsou-li splněny tyto podmínky, nemohu být do pojistného programu zařazen a pojištění vůbec nevznikne.

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 Dlužného zůstatku Smlouvy o spotřebitelském úvěru, kterým je 100 % nesplacené částky spotřebitelského úvěru ke dni smrti, podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru;
- **úplné trvalé invalidity následkem úrazu či nemoci** s pojistnou částkou ve výši Dlužného zůstatku Smlouvy o spotřebitelském úvěru, kterým je 100 % nesplacené částky spotřebitelského úvěru ke dni uznání stavu úplné trvalé invalidity, které podle splátkového kalendáře sjednaného v době uzavření Smlouvy o spotřebitelském úvěru;
- **pracovní neschopnosti následkem úrazu či nemoci.** Pojistné plnění v případě pracovní neschopnosti následkem úrazu je vypláceno formou týdenní 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 pracovní neschopnosti. 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 100.000,- Kč a délka splácení celkové výše spotřebitelského úvěru sjednané ve Smlouvě o spotřebitelském úvěru v době jejího uzavření je maximálně 100 týdnů.

Pojištění automaticky zaniká, kromě důvodu uvedených ve Skupinové pojistné smlouvě a příslušných pojistných podmínkách:
- dnem pojistné události z titulu pojištění Smrti;
- dnem uznání stavu Úplné trvalé invalidity následkem úrazu či nemoci;
- dnem, kdy Zákazník splatí celou výši spotřebitelského úvěru v souladu se splátkovým kalendářem nebo v případě předčasného splacení bez ohledu na jeho důvod;
- při zrušení/zániku účinnosti Smlouvy o spotřebitelském úvěru bez ohledu na důvod.

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 v současné době nejsem v pracovní neschopnosti.**
☒ **Prohlašuji, že v současné době nejsem invalidní v I. nebo II. stupni invalidity.**
DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ: V případě, že s ohledem na skutečný stav obě tato pole nezaškrtnu, budu pojištěn podle Skupinové pojistné smlouvy s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, pracovní neschopnosti následkem úrazu, v souladu se Skupinovou pojistnou smlouvou a příslušnými podmínkami. V případě, že bude Zdravotní prohlášení nepravdivé, má Pojistitel právo na 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 obmyšlenou 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.

FCC_134_07 obch

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 č. 400.022 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).
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., občanský zákoník 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.

Upozornění ohledně přistoupení k pojištění

Beru na vědomí, že přistoupením k pojištění se stávám pojištěným, nikoliv však pojistníkem, a v důsledku toho nemohu disponovat se Skupinovou pojistnou smlouvou (tj. ukončit či měnit ji). Informaci o skutečnosti, která se týká změny nebo zániku pojištění, mi oznamuje Pojistník. Beru na vědomí, že pojištění nelze sjednat odděleně od spotřebitelského úvěru. Sjednání pojištění však není povinné a spotřebitelský úvěr lze sjednat bez pojištění.

Potvrzuji, že jsem se podrobně seznámil se zněním Skupinové pojistné smlouvy vč. pojistných podmínek, dále že jsem v dostatečném předstihu před podpisem tohoto formuláře zdarma v tištěné nebo se svým souhlasem v elektronické podobě obdržel Přehled pojistného krytí - Informace o pojištění dle Skupinové pojistné smlouvy a zákona č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění, a všeobecné a zvláštní pojistné podmínky Credit Life a jedno vyhotovení tohoto formuláře. 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 Orlové dne 21. 2. 2023

Podpis pojištěného Zákazníka

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