

PŘIHLÁŠKA DO POJIŠTĚNÍ (dále pouze jako „Příhláška“)

Jméno a příjmení: Datum narození:

Bytem: telefon: (dále jako „Pojištěný“)

Svým podpisem této Příhlášky souhlasím se svým zařazením do obnosového životního a úrazového pojištění Credit Life a pojištění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání, společně pod užívaným názvem „Pojištění schopnosti splácet/pojištění výdajů“ (dále jako „Pojištění“) a souhlasím s právy a povinnostmi vyplývajícími z Rámcové pojistné smlouvy č. 400.009 (dále pouze jako „Pojistná smlouva“), uzavřené mezi X Energie, s.r.o., se sídlem Praha 1 - Nové Město, Na Poříčí 1046/24, PSČ 110 00, IČ: 24817872, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 177081 (dále též jako „X Energie“ nebo „Pojistník“) a Amcico pojišťovnou a. s., se sídlem Praha 1, V Celnici 1028/10, PSČ 117 21, IČ: 45794944, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 1653 (dále též jako „MetLife Amcico“) a Amcico poistovňa – Alico, a.s., se sídlem Pribinova 10, Bratislava PSČ 811 09, Slovensko, IČ: 31 402 071, zapsaná v OR vedeném Okresním soudem Bratislava I, oddíl SA, vložka 918/B (dále společně jako „Pojistitel“) a ze Všeobecných pojistných podmínek pojištění Credit Life (VPPP-CL), Zvláštních pojistných podmínek pojištění Credit Life pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci (ZPPP-CL T), Zvláštních pojistných podmínek pojištění Credit Life pojištění pro případ úplné trvalé invalidity následkem úrazu nebo nemoci (ZPPP-CL TPD), Zvláštních pojistných podmínek pojištění Credit Life pojištění pro případ úplné dočasné invalidity následkem úrazu nebo nemoci (ZPPP-CL TTD), Všeobecných pojistných podmínek pojištění „CREDIT LIFE“ společnosti Amcico poistovňa – Alico, a.s. a Zvláštních pojistných podmínek pro připojištění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání „CREDIT LIFE“ společnosti Amcico poistovňa – Alico, a.s., které tvoří nedílnou součást Pojistné smlouvy.

Pojištění je za předpokladu řádného vyplnění této Příhlášky účinné prvním dnem, od kterého jsou poskytovány Pojištěnému dodávky energií od Pojistníka na základě smlouvy o odběru uzavřené s Pojistníkem a zahrnuje:

- **pojištění pro případ smrti následkem úrazu nebo nemoci**
Pojistnou událostí je úmrtí Pojištěného, ke kterému došlo v době trvání Pojištění a v souladu s pojistnými podmínkami. V případě pojistné události vyplátí Pojistitel v jednorázové platbě obmyšlené osobě pojistné plnění ve výši 2 700 Kč. Maximální věk pro pojistnou událost smrt následkem nemoci je 64 let, maximální věk pro pojistnou událost smrt následkem úrazu je 69 let. Na pojistnou událost se vztahují Všeobecné pojistné podmínky pojištění Credit Life (VPPP-CL) a Zvláštní pojistné podmínky pojištění Credit Life Pojištění pouze pro případ smrti (ZPPP-CL-T).
- **pojištění pro případ úplné trvalé invalidity následkem úrazu nebo nemoci s odkladnou lhůtou 12 měsíců**
Pojistnou událostí je úplná trvalá invalidita následkem úrazu nebo nemoci, která Pojištěnému zabraňuje vykonávat jakékoliv zaměstnání, povolání nebo práci přinášející výdělek nebo zisk a která přetrvává 12 následujících měsíců od data úrazu, který ji způsobil, nebo od data stanovení diagnózy nemoci, která ji způsobil a je na konci tohoto období konečná a trvalá. Nárok na pojistné plnění vzniká Pojištěnému datem uznání stavu Úplné trvalé invalidity Pojistitelem. Pojištěný musí být schopný k prvnímu dni nemoci nebo ke dni úrazu, podle důvodu stavu Úplné trvalé invalidity, doložit své povolání, ať už jako zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná. Před uznáním stavu Úplné trvalé invalidity musí uplynout odkladná lhůta 12 měsíců od prvního dne nemoci nebo úrazu, kdy je možno uznat stav Úplné trvalé invalidity. V případě úplné a neobnovitelné ztráty zraku obou očí nebo ztráty jedné nebo více končetin amputací (v zápěstí nebo nad zápěstím a v kotníku nebo nad kotníkem) případně jiných nezvratných poškození zdraví, může být odkladná lhůta o délce 12 měsíců zrušena a stav Úplné trvalé invalidity může být uznán okamžitě. V případě pojistné události vyplátí Pojistitel v jednorázové platbě oprávněné osobě pojistné plnění ve výši 2 700 Kč. Maximální věk pro pojistnou událost Úplné trvalé invalidity je 69 let. Dosažením věku 65 let je Pojištěný kryt pouze pro případ Úplné trvalé invalidity následkem úplné a neobnovitelné ztráty zraku nebo následkem amputace jedné či více končetin v místě nebo nad zápěstím nebo kotníkem.
Na pojistnou událost Úplné trvalé invalidity se vztahují Všeobecné pojistné podmínky pojištění Credit Life (VPPP-CL) a Zvláštní pojistné podmínky pojištění Credit Life Pojištění pouze pro případ úplné trvalé invalidity následkem úrazu nebo nemoci (ZPPP-CL-TPD).
- **pojištění pro případ úplné dočasné invalidity následkem úrazu nebo nemoci s čekací dobou 90 dnů a s odkladnou lhůtou 90 dnů**
Úplná dočasná invalidita u Pojištěného znamená úplnou neschopnost následkem úrazu nebo nemoci, která Pojištěnému zabraňuje vykonávat jeho vlastní zaměstnání, povolání nebo práci přinášející výdělek nebo zisk (dále také jako „neschopnost“). Pojištěný musí doložit existenci zaměstnaneckého poměru nebo registraci OSVČ k prvnímu dni nemoci nebo ke dni úrazu v souladu s příčinou neschopnosti. Na pojistné krytí pro případ Úplné dočasné invalidity je aplikována čekací doba v délce 90 dnů od

počátku Pojištění každého jednotlivého Pojištěného. Úplná dočasná invalidita, která nastane během tohoto období není považována za pojistnou událost. Nárok na výplatu pojistného plnění vzniká uplynutím odkladné lhůty v délce prvních 90 dnů stavu Úplné dočasné invalidity. Pojistitel uhradí pojistné plnění po dovršení 90. dne neschopnosti, za předpokladu trvání neschopnosti Pojištěného a vzniku nároku Pojištěného na pojistné plnění. Odkladná lhůta je aplikována na každou pojistnou událost Úplné dočasné invalidity s výjimkou případu, kdy mezi dvěma pojistnými událostmi Úplné dočasné invalidity uplynulo méně než 60 dnů. V takovém případě jsou tyto dvě pojistné události považovány pouze za jednu (odkladná lhůta pak není uplatněna na druhou vzniklou pojistnou událost Úplné dočasné invalidity). Pojistné plnění v případě Úplné dočasné invalidity je vypláceno formou dočasných splátek ve výši 900 Kč za každé 30denní období prokazaného stavu Úplné dočasné invalidity, po uplynutí odkladné lhůty, avšak maximálně mohou být Pojištěnému vyplaceny 3 měsíční platby u jedné pojistné události a maximálně 6 měsíčních plateb během celkové doby trvání Pojištění každého jednotlivého Pojištěného.

Výplata pojistného plnění z titulu pojištění Úplné dočasné invalidity končí ke dni, ve kterém dojde k první z následujících skutečností:

- dnem pojistné události Smrti, Úplné trvalé invalidity nebo Nedobrovolné ztráty zaměstnání Pojištěného,
- dnem dosažení věku 65 let Pojištěného,
- dnem, kdy pojistná událost přestane být oprávněna z lékařského hlediska, Pojištěný je schopný opětovného nástupu do zaměstnání (i částečně),
- dnem odchodu Pojištěného do důchodu, i předčasného,
- datem ukončení Pojistné smlouvy,
- datem ukončení smlouvy od odběru energií s Pojistníkem,
- vyplacením maximálního počtu měsíčních splátek pojistného plnění pro pojištění Úplné dočasné invalidity.

Na pojistnou událost Úplné dočasné invalidity se vztahují Všeobecné pojistné podmínky pojištění Credit Life (VPPP-CL) a Zvláštní pojistné podmínky pojištění Credit Life Pojištění pro případ úplné dočasné invalidity následkem úrazu nebo nemoci (ZPPP-CL-TTD).

- **pojištění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání s čekací dobou 90 dnů a s odkladnou lhůtou 90 dnů**

Nedobrovolnou ztrátou zaměstnání se rozumí ukončení hlavního pracovního poměru Pojištěného následkem jednostranného rozhodnutí jeho zaměstnavatele ukončit pracovní vztah s Pojištěným z důvodu nadbytečnosti nebo z jakéhokoliv jiného důvodu, pokud Pojištěný nemá žádný jiný příjem, kromě důvodů uvedených v příslušných pojistných podmínkách pro pojištění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání a kromě důvodů uvedených v Pojistné smlouvě (dále jen „nezaměstnanost“).

Nezaměstnanou osobou pro účely tohoto Pojištění je považována osoba, která je v České republice registrovaná v evidenci nezaměstnaných na příslušném Úřadu práce a které je současně v České republice přiznána podpora v nezaměstnanosti, případně dávky sociálního charakteru státní sociální podpory, nahrazující podporu v nezaměstnanosti. Na pojistné krytí pro případ Nedobrovolné ztráty zaměstnání je aplikována čekací doba v délce 90 dnů od počátku Pojištění každého jednotlivého Pojištěného. Nedobrovolná ztráta zaměstnání, která nastane během tohoto období není považována za pojistnou událost. Nárok na výplatu pojistného plnění vzniká uplynutím odkladné lhůty v délce prvních 90 dnů trvání Nedobrovolné ztráty zaměstnání, ke které došlo po uplynutí čekací doby. Pojistitel uhradí pojistné plnění po dovršení 90. dne nezaměstnanosti, za předpokladu trvání nezaměstnanosti Pojištěného a vzniku nároku Pojištěného na pojistné plnění. Odkladná lhůta je aplikována na každou pojistnou událost Nedobrovolné ztráty zaměstnání. Za 30 dnů prokazaného stavu nezaměstnanosti, který následuje po uplynutí odkladné lhůty, je vypláceno pojistné plnění, a to v jednorázové platbě ve výši 900 Kč. Během celkové doby trvání Pojištění každého jednotlivého Pojištěného mohou být vyplaceny maximálně 2 jednorázové výplaty pojistného plnění ve výši 900 Kč. Při nahlášení pojistné události musí Pojištěný splňovat následující podmínky:

- věk méně než 65 let v době ztráty zaměstnání,
- pracovní poměr na dobu neurčitou v ČR a podléhající zákonům ČR, s pracovní dobou minimálně 30 hodin týdně, trvající minimálně po dobu 12 po sobě jdoucích měsíců předcházejících pojistné události, u jednoho zaměstnavatele,
- nezaměstnanost z důvodu nadbytečnosti nebo ukončení pracovního poměru s Pojištěným, kromě propuštění z důvodu porušení pracovní kázně, dohody o ukončení pracovního poměru anebo výpovědi ze strany Pojištěného,
- registrace na příslušném Úřadu práce v ČR a aktivní hledání nového zaměstnání,

- pobírání dávek podpory v nezaměstnanosti nebo jiné dávky sociálního charakteru nahrazující dávky v nezaměstnanosti.

Mezi dvěma pojistnými událostmi Nedobrovolné ztráty zaměstnání musí uplynout minimálně 12 navazujících měsíců, kdy je Pojištěný zaměstnán (pracovní poměr na dobu určitou nebo neurčitou), počítané od ukončení předchozí pojistné události Nedobrovolné ztráty zaměstnání, za kterou bylo vypláceno pojistné plnění. Výplata pojistného plnění z titulu pojistění Nedobrovolné ztráty zaměstnání končí ke dni, ve kterém dojde k první z následujících skutečností:

- Pojištěný ztratil nárok na dávky podpory v nezaměstnanosti nebo jiné dávky sociálního charakteru nahrazující dávky v nezaměstnanosti,
- zrušením registrace na příslušném Úřadu práce v ČR,
- v případě Smrti, Úplné trvalé invalidity nebo Úplné dočasné invalidity Pojištěného,
- dnem dosažení věku 65 let Pojištěného,
- Pojištěný je schopný opětovného nástupu do zaměstnání (i částečně),
- v případě odchodu Pojištěného do důchodu, i předčasného,
- datem ukončení Pojistné smlouvy,
- datem ukončení smlouvy o odběru služeb s Pojistníkem,
- vyplacením maximálního počtu měsíčních splátek pojistného plnění pro pojistění Nedobrovolné ztráty zaměstnání.

Na pojistnou událost Nedobrovolné ztráty zaměstnání se vztahují Všeobecné pojistné podmínky pojistění „CREDIT LIFE“ (VPPPC) společnosti Amslico poistovňa – Alico, a.s. a Zvláštní pojistné podmínky pro připojištění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání „CREDIT LIFE“ společnosti Amslico poistovňa – Alico, a.s.

V případě potřeby dalších informací či pro nahlášení pojistné události lze kontaktovat infolinku Pojistitele MetLife Amcico 227 111 000.

Pojistění každého jednotlivého Pojištěného automaticky zaniká k první z následujících událostí: datem zrušení/zániku smlouvy o odběru energií uzavřené mezi Pojištěným a Pojistníkem, datem ukončení platnosti a účinnosti Pojistné smlouvy, dnem smrti a dnem vzniku úplné trvalé invalidity Pojištěného, dnem dosažení věku 65 let Pojištěného pro pojistné krytí pro případ Smrti následkem nemoci, Úplné trvalé invalidity, Úplné dočasné invalidity a Nedobrovolné ztráty zaměstnání, dnem dosažení věku 70 let Pojištěného pro pojistné krytí pro případ Smrti následkem úrazu a Úplné trvalé invalidity následkem nevratné a trvalé ztráty zraku nebo následkem amputace jedné či více končetin v místě nebo nad zápěstím nebo kotníkem, dnem následujícím po marném uplynutí lhůty stanovené Pojistitelem v upomínce k zaplacení Pojistného, doručené Pojistníkovi v souladu s ust. § 20 zákona o pojistné smlouvě, přičemž tato lhůta nesmí být kratší než dva měsíce nebo z důvodů stanovených v Pojistných podmínkách. Takto sjednaný zánik Pojištění se nikterak nedotýká nároků na pojistné plnění vzniklých před datem zániku Pojištění.

Administrativní poplatek za správu pojistění ve výši 19,50 Kč bez DPH (23,40 s DPH) za jedno měsíční pojistné období je splatný spolu s úhradami za služby poskytované Pojištěnému společností X Energie ve lhůtě splatnosti faktury vystavené touto společností. První splátka tohoto administrativního poplatku bude splatná ke dni splatnosti faktury za služby poskytované Pojištěnému ze strany X Energie následující po dni počátku Pojištění a bude zahrnovat jak veškerá uplynulá měsíční období od data počátku Pojištění do data fakturace, tak splátku administrativního poplatku za pojistění na období do data následující fakturace. Úhrady dalších splátek administrativního poplatku za správu pojistění budou pak dále účtovány spolu s každou další fakturací za poskytované služby Pojistníka po dobu trvání Pojištění.

ZDRAVOTNÍ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tímto, že jsem starší 18 a mladší 65 let a že v současné době nejsem v pracovní neschopnosti ani invalidní jakéhokoli stupně a nebyl jsem v pracovní neschopnosti ani práce neschopný v délce přesahující nepřetržitě 30 dnů v důsledku nemoci nebo úrazu v posledních 12 měsících; nebyl jsem v posledních 2 letech hospitalizován v délce trvající nepřetržitě více než 10 dnů; nebyl jsem v posledních 24 měsících léčen v souvislosti s rakovinou, srdečním nebo cévním onemocněním, cukrovkou, vysokým krevním tlakem, onemocněním ledvin nebo močových cest, kýlou, plicním onemocněním, nervovou poruchou, onemocněním žaludku nebo břišních orgánů. Nebyl jsem ve stejném období léčen v souvislosti s AIDS ani mi nebylo sděleno, že mám AIDS nebo symptomy související s AIDS, nebyl jsem ve stejném období pozitivně testovaný na AIDS.

Nemohu souhlasit s výše uvedeným prohlášením, avšak jsem ve věku do 65 let a žádám o zařazení do Pojištění s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu, úplné trvalé invalidity následkem úrazu, úplné dočasné invalidity následkem úrazu a popřípadě nedobrovolné ztráty zaměstnání (viz prohlášení o zaměstnanosti uvedené níže), v souladu s Pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami.

Nemohu souhlasit s výše uvedeným prohlášením a jsem ve věku od 65 do 69 let a žádám o zařazení do Pojištění s omezeným pojistným krytím pouze pro případ smrti následkem úrazu a úplné trvalé invalidity následkem úplné

a neobnovitelné ztráty zraku nebo následkem amputace jedné či více končetin v místě nebo nad zápěstím nebo kotníkem, v souladu s Pojistnou smlouvou a příslušnými pojistnými podmínkami.

(Prosím, zaškrtněte příslušnou variantu. V případě, že nebude zaškrtnuta žádná z výše uvedených variant nebo bude zaškrtnuta více než jedna, bude se pojistění vztahovat pouze na pojistné události následkem úrazu.

PROHLÁŠENÍ O ZAMĚSTNANOSTI

Jako žadatel o pojistění nedobrovolné ztráty zaměstnání dále prohlašuji, že jsem starší 18 mladší 65 let a že jsem zaměstnán na základě pracovní smlouvy na dobu neurčitou po dobu nejméně 12 předchozích měsíců (u jednoho zaměstnavatele nebo návazně u více zaměstnavatelů, minimálně však po dobu 6 měsíců u posledního zaměstnavatele) na minimálně úvazek 30 hodin týdně; nejsem tedy osoba samostatně výdělečně činná ani nejsem nezaměstnaný, nejsem ve zkušební době a nejsem si vědom že by mi hrozila nezaměstnanost, nebyla mi daná výpověď, nepodal jsem výpověď ani neuvažuji pracovní poměr ukončit, nejsem si vědom skutečnosti, že patřím k zaměstnancům, jejichž pracovní smlouva má být ukončena do 12 měsíců z důvodu organizačních změn.

Nemohu souhlasit s výše uvedeným prohlášením a beru na vědomí, že se na mne nevztahuje pojistění pro případ nedobrovolné ztráty zaměstnání.

Svým podpisem stvrzuji a souhlasím s tím, že X Energie bude obmyšlenou osobou a současně vinkuluji pojistné plnění ve prospěch X Energie, která bude jedinou a výlučnou oprávněnou osobou pro přijetí pojistného plnění z Pojištění a to až do výše mého nesplaceného závazku vůči X Energie. Beru na vědomí, že podmínkou setrvání v Pojištění je vinkulace pojistného plnění ve prospěch X Energie a udělení souhlasu s určením X Energie obmyšlenou osobou a prohlašuji, že po dobu trvání mého Pojištění nebudu uplatňovat právo na změnu obmyšlené osoby stanovené v souladu se zákonem č. 37/2004 Sb. Souhlasím proto s tím, aby Pojistitel informoval X Energii o vzniku nároku na pojistné plnění z Pojistné smlouvy a aby veškerá pojistná plnění z Pojistné smlouvy, vztahující se k pojistné události, jež se mi přihodila, bylo poukázáno ve prospěch X Energie.

Tímto opravňuji každého lékaře, nemocniční zařízení, pojišťovací společnost nebo osobu, která disponuje informací o mé osobě a mém zdravotním stavu, k poskytnutí těchto informací Pojistiteli za účelem šetření pojistné události. Kopie tohoto oprávnění má stejnou platnost jako originál a oprávnění k vyžádání si zdravotních údajů nezaniká smrtí Pojištěného.

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů souhlasím s tím, aby Amslico pojišťovna a.s. a Amslico poistovňa – Alico, a.s. jako správce/provozovatel osobních údajů, jakož i X Energie jako zpracovatel/zprostředkovatel osobních údajů a Amcico pojišťovna a.s. jako zpracovatel/zprostředkovatel osobních údajů i jménem Amslico poistovňů – Alico, a.s., zpracovávaly mé osobní údaje jako Pojištěného, včetně citlivých osobních údajů, vztahující se k mému Pojištění pro účely přihlášení do Pojištění, správy Pojištění, uplatnění práv a plnění povinností z Pojistné smlouvy, tj. zejména ke kontrole výpočtu výše pojistného a pro účely šetření, posouzení nebo likvidace a vyrovnání pojistné události a veškerých souvisejících nároků, a pro účely dalších činností souvisejících s výkonem pojišťovací činnosti Pojistitele a tento souhlas uděluji na dobu nezbytně nutnou k zajištění vzájemných práv a povinností vyplývajících z Pojistné smlouvy, nejméně však na dobu 10 let od vzniku nároku na pojistné plnění, došlo-li ke vzniku příslušné pojistné události nebo nejméně na dobu 10 let po uplynutí doby trvání Pojistné smlouvy, podle toho, která skutečnost nastane později. Zároveň se zavazuji oznámit Pojistiteli každou změnu mých osobních údajů. Můj souhlas se vztahuje na mé osobní údaje uvedené ve smlouvě o odběru energií a na ty, které budou mnou nebo X Energií sděleny Pojistiteli, resp. společností tvořícím s ním konzern anebo jejím zpracovatelům, na základě Pojistné smlouvy a v souvislosti s ní, zejména jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, datum podepsání této Přihlášky popř. smlouvy o odběru energií uzavřené s Pojistníkem, výše pojistného v Kč, den ukončení pojistného krytí a jeho důvod, pojistné krytí a pojistná částka a citlivé osobní údaje týkající se mého zdravotního stavu (zejména lékařské zprávy, policejní protokoly, pitvevní zprávy). Zároveň beru na vědomí, že mé osobní údaje mohou být předány na území Slovenské republiky vzhledem na skutečnost, že Amslico poistovňa – Alico, a.s. má sídlo na uvedeném území.

Jsem si vědom svého práva přístupu k osobním údajům poskytnutým X Energií a Pojistiteli, jakož i práva na opravu takových osobních údajů a dále svého práva požadovat při splnění zákonem stanovených podmínek od X Energie a Pojistitele vysvětlení a odstranění případného závadného stavu, a to zejména blokovaním, provedením opravy, doplněním nebo likvidací osobních údajů. Beru na vědomí, že postup dle předchozí věty nijak nevylučuje možnost, abych se obrátil se svým podnětem přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Současně prohlašuji, že jsem veškeré osobní údaje poskytl dobrovolně a tento souhlas se zpracováním osobních údajů mám právo odvolat.

Tímto prohlašuji, že jsem byl seznámen s pojistnými podmínkami Pojistitele, které jsou nedílnou součástí Pojistné smlouvy a beru na vědomí, že mám právo kdykoli nahlédnout do Pojistné smlouvy, umístěné na portálu www.xenergie.cz nebo na obchodním místě Pojistníka.

Datum:

.....Podpis pojištěného