

Pojištění „E.ON Zajištění“ se řídí právním řádem České republiky a platí pro něj ustanovení Rámcové pojistné smlouvy č. EONBP 1/2013 (dále také „Pojistná smlouva“), příslušná ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění („zákon o pojistné smlouvě“ nebo „zákon“), zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění („zákon o ochraně osobních údajů“), jakož i další obecné závazné předpisy České republiky. Úplné znění Pojistné smlouvy je zveřejněno na internetových stránkách pojistníka [www.eon.cz](http://www.eon.cz)

Pojistnou smlouvu č. EONBP 1/2013 uzavřely společnosti **E.ON Energie, a.s.** (se sídlem: České Budějovice 7, F. A. Gerstnera 2151/6, 370 01 České Budějovice, IČO: 260 78 201, zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Č. Budějovicích, oddíl B., vložka 1390), jako „pojistník“ a **BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.** (se sídlem: Praha 5, Plzeňská č.p. 3217/16, Česká republika, IČO: 250 80 954, zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 4327), jako „pojistitel“.

## 1. Základní pojmy

**Pojištěný** – klient pojistníka – fyzická osoba – zákazník ze „Smlouvy o sdružených službách dodávky elektřiny a / nebo zemního plynu“ anebo „Smlouvy o dodávce elektřiny a / nebo zemního plynu“, který současně s pojistníkem uzavřel smlouvu o přistoupení k pojištění E.ON Zajištění (pro podnikatele) (dále také jen „Smlouva o přistoupení k pojištění“) a splnil podmínky uvedené ve Smlouvě o přistoupení k pojištění (dále také „klient“).

**Smlouva** – smluvní vztah mezi pojistníkem jako dodavatelem a pojištěným jako zákazníkem pojistníka, na jehož základě dochází k dodávkám elektřiny a / nebo zemního plynu do dobového místa specifikovaného ve Smlouvě o přistoupení k pojištění.

**Poplatek** – poplatek, který se pojištěný zavázal pojistníkovi hradit na základě Smlouvy o přistoupení k pojištění uzavřené mezi pojistníkem a pojištěným.

**Pojistné plnění** – je plnění, které poskytne pojistitel oprávněné osobě za podmínek uvedených ve Smlouvě o přistoupení k pojištění a v těchto Pojistných podmínkách (dále také „plnění“).

**Pojistná událost** – nahodilá skutečnost, se kterou je spojen vznik povinnosti pojistitele poskytnout pojistné plnění dle Smlouvy o přistoupení k pojištění a těchto Pojistných podmínek.

**Pojistná částka** – částka, která je v případě pojistné události a vzniku práva na pojistné plnění vyplacena v souladu se Smlouvou o přistoupení k pojištění a těmito Pojistnými podmínkami oprávněné osobě.

**Oprávněná osoba** – pojištěný jako osoba, které v důsledku pojistné události pracovní neschopnosti, ztráty zaměstnání nebo hospitalizace v důsledku úrazu nebo nemoci vznikne právo na pojistné plnění.

**Pojištění obnosové** – pojištění pro případ pracovní neschopnosti, hospitalizace v důsledku nemoci nebo úrazu a pro případ rekonvalescence v důsledku úrazu a nemoci.

**Pojistná doba** – doba, na kterou bylo pojištění sjednáno. Pojistná doba je pro každého pojištěného odlišná, začíná dnem počátku pojištění a končí koncem pojištění.

**Hospitalizace** – poskytnutí celodenní nemocniční lůžkové péče pojištěnému, která je z lékařského hlediska nezbytná pro léčení úrazu nebo nemoci pojištěného.

**Rekonvalescence** – pracovní neschopnost pojištěného (pojištěný již není hospitalizován v nemocničním zařízení), která nastane v důsledku úrazu nebo nemoci pojištěného, navazuje bezprostředně na hospitalizaci pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci a je z lékařského hlediska nezbytná.

**Čekací doba** – lhůta v délce 30 po sobě jdoucích kalendářních dní pro případ hospitalizace v důsledku nemoci běžící od data počátku pojištění, nestanoví-li Rámcová pojistná smlouva jinak. V této lhůtě hospitalizace v důsledku nemoci nejsou považovány za pojistnou událost a pojištěnému nevzniká nárok na plnění.

**Úraz** – neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví.

**Invalidita III. stupně** – tělesné poškození pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci, které mu definitivně znemožňuje provádět jakoukoliv činnost, jež by mu zajišťovala příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pro účely těchto neživotních pojistných podmínek se má za to, že invalidita III. stupně o pojištěného nastala, předloží-li pojištěný pojistiteli kopii Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu III. stupně (nikoli I. stupně či II. stupně) pojištěnému vystaveného Českou správou sociálního zabezpečení. Pro účely těchto neživotních pojistných podmínek se dnem vzniku pojistné události spočívající v invaliditě III. stupně pojištěného rozumí den, od kterého byl pojištěnému příslušným orgánem přiznán invalidní důchod III. stupně.

**Pracovní neschopnost** – celková lékařem konstatovaná neschopnost pojištěného vykonávat jakoukoliv profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk v důsledku úrazu nebo nemoci za podmínky, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pro účely těchto neživotních pojistných podmínek se má za to, že pracovní neschopnost o pojištěného nastala ode dne uvedeného v Potvrzení o pracovní neschopnosti pojištěného, bude-li pojistitel předložena jeho kopie se stanovením příslušného čísla diagnózy vystaveného lékařem nebo zdravotnickým zařízením, v jehož lékařské péči pojištěný byl nebo je v souvislosti s pojistnou událostí, a bude-li současně prokázáno, že k prvnímu dni přerušení pracovní činnosti pojištěný skutečně vykonával profesní činnost zajišťující mu příjem, mzdu, výdělek nebo zisk. Pokud není na Potvrzení o pracovní neschopnosti uvedeno příslušné číslo diagnózy, je pojištěný povinen doložit samostatně lékařské potvrzení s příslušným číselným označením diagnózy již při oznámení pracovní neschopnosti pojistiteli a následně při pokračování pracovní neschopnosti.

**Mimořádné výhody III. stupně** – držitelem mimořádných výhod III. stupně se může stát pojištěný, který začal pobírat starobní důchod v průběhu trvání pojištění a byl shledán na základě posouzení lékařskou posudkovou komisí občanem těžce zdravotně postiženým a jehož zjištěný zdravotní stav odpovídá postižením uvedeným v odstavci 3 přílohy č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pro účely těchto neživotních pojistných podmínek se dnem vzniku pojistné události spočívající v přiznání mimořádných výhod III. stupně rozumí den uvedený v rozhodnutí příslušných úřadů, od nějž byly mimořádné výhody III. stupně pojištěnému přiznány.

## 2. Soubor pojištění

Soubor pojištění „E.ON Zajištění (pro podnikatele)“ zahrnuje tento typ pojištění:

### Pojištění výdajů pro případ pracovní neschopnosti s pojistnou částkou 10000,- Kč/měsíc a hospitalizace a následné rekonvalescence v důsledku nemoci nebo úrazu s pojistnou částkou 500,- Kč/den

Klienti (odběratelé/pojištění) přistupují k pojištění uzavřením Smlouvy o přistoupení k pojištění (i) písemně, (ii) ústně prostřednictvím telefonu nebo (iii) projevem vůle prostřednictvím online formuláře.

Jeden pojištěný si může sjednat maximálně 1 pojištění.

## 3. Podmínky pro pojištění, vznik pojištění

K souboru pojištění **E.ON Zajištění (pro podnikatele)** může přistoupit fyzická osoba, která uzavřela s pojistníkem Smlouvu o přistoupení k pojištění, seznámila se s podmínkami pojištění dle Pojistné smlouvy, Smlouvy o přistoupení k pojištění a těchto Pojistných podmínek a pokud k datu uzavření Smlouvy o přistoupení k pojištění a rovněž k datu úhrady prvního poplatku splňuje následující podmínky:

- je mladší 60 let,
- není ve starobním důchodu a není invalidní (invalidita I. – III. stupně),
- není v pracovní neschopnosti,
- souhlasí s podmínkami pojištění dle Pojistné smlouvy, Smlouvy o přistoupení k pojištění a Pojistných podmínek.

Pojištěný bere na vědomí, že v případě, kdy škodná událost bude pokračováním nebo recidivou (opakováním) nemoci nebo následkem nemoci nebo úrazu, ke kterým došlo před počátkem pojištění, a byly diagnostikovány před počátkem pojištění, pojistitel může uplatnit výluku z pojištění a plnění z takové události neposkytne.

Pojištění vzniká pro každou osobu, která splňuje shora uvedené podmínky a vyjádřila souhlas s pojištěním dle Pojistné smlouvy, Smlouvy o přistoupení k pojištění a Pojistných podmínek.

Prohlášení pojištěného se považují za odpovědi na dotazy pojistitele v souladu s ust. § 14 zákona o pojistné smlouvě. V případě, že tato prohlášení pojištěného budou nepravdivá nebo neúplná nebo pojistník předá pojistiteli prohlášení pojištěného nepravdivé nebo neúplné, může pojistitel v případě pojištění, kterého se takové porušení týká, postupovat v souladu s ust. § 23 nebo 24 zákona o pojistné smlouvě a od pojištění odstoupit nebo odmítnout pojistné plnění.

## 4. Pojistné období, počátek pojištění, trvání pojištění

Pojistným obdobím je kalendářní měsíc.

První pojistné období začíná dnem počátku pojištění a končí posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém nastal počátek pojištění. Poslední pojistné období začíná 1. dnem kalendářního měsíce, ve kterém nastala skutečnost, se kterou Pojistná smlouva, Smlouva o přistoupení k pojištění, Pojistné podmínky či zákon spojuje konec pojištění, a končí zánikem pojištění.

Počátek každého jednotlivého pojištění se stanoví:

- 00:00 1. dne kalendářního měsíce následujícího po úhradě prvního Poplatku, byl-li Poplatek zaplacen do 15. dne kalendářního měsíce, který byl Pojistníkem stanoven pro jeho splatnost, jinak
- 00:00 1. dne druhého kalendářního měsíce následujícího po úhradě prvního Poplatku, pokud byl zaplacen po 15. dni kalendářního měsíce, který byl pojistníkem stanoven pro jeho splatnost, a to za podmínky, že první Poplatek byl zaplacen nejpozději do 22. dne kalendářního měsíce, který následuje po měsíci, v němž nastala splatnost příslušného Poplatku,

**a to za podmínky**, že současně dochází k dodávkám elektřiny nebo zemního plynu do dobového místa specifikovaného ve Smlouvě o přistoupení k pojištění, resp. v Potvrzení uzavření Smlouvy o přistoupení k pojištění, na základě platného a účinného smluvního vztahu mezi Pojistníkem a Pojištěným.

Konec pojištění se stanoví na 24.00 hodin dne zániku pojištění dle čl. 12 Pojistné smlouvy a čl. 9 těchto pojistných podmínek.

Zaplacením se rozumí **připsání Poplatku na účet pojistníka**.

Pojištěný zaplacením prvního poplatku prohlašuje, že nadále splňuje všechny podmínky dle Smlouvy o přistoupení k pojištění, jejichž splnění potvrzoval v okamžiku jejího sjednání.

## 5. Podmínky pro likvidaci pojistné události

Nastalou pojistnou událost je pojištěný povinen bez zbytečného odkladu telefonicky oznámit pojistiteli na dedikované telefonní číslo provozované na náklady pojistitele. Pojistitel poskytne pojištěnému formulář „Oznámení pojistné události“, pojištěný je následně povinen bez zbytečného odkladu pojistiteli poskytnout vyplněný příslušný formulář „Oznámení pojistné události“ a tyto prvotní doklady nutné pro posouzení nároku na pojistné plnění:

### V případě pracovní neschopnosti pojištěného

- kopii Potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti, se stanovením příslušného čísla diagnózy a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s číselnou adresou lékaře),
- je-li k dispozici, výpis z živnostenského rejstříku.

#### V případě hospitalizace pojištěného

- propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
- potvrzení o poskytnutí nemocniční lůžkové péče,
- lékařskou zprávu s uvedením diagnózy, pro kterou byl klient hospitalizován a v pracovní neschopnosti.

#### V případě hospitalizace a následné rekonvalescence pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci

- propouštěcí zprávu z nemocničního zařízení (kopie s čitelnou adresou lékaře),
- potvrzení o poskytnutí nemocniční lůžkové péče,
- lékařskou zprávu s uvedením diagnózy, pro kterou byl pojištěný hospitalizován a v pracovní neschopnosti,
- kopii potvrzení pracovní neschopnosti s uvedeným datem počátku pracovní neschopnosti, se stanovením příslušného čísla diagnózy, pro kterou je pojištěný v pracovní neschopnosti a s vyznačením pravidelných kontrol u lékaře (s čitelnou adresou lékaře).

Každé trvání pracovní neschopnosti pojištěného musí být pojistiteli doloženo pojištěným nejméně jednou za kalendářní měsíc, nejpozději však do 10. dne následujícího kalendářního měsíce za měsíc, ve kterém byl pojištěný práce neschopný, a to zasláním kopie písemného potvrzení ošetřujícího lékaře nebo kopie Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti s vyznačením pravidelných uskutečněných i navrhovaných kontrol u lékaře. V případě nedoložení těchto dokladů považuje pojistitel pojištěného za práce schopného a svou povinnost plnit za ukončenou, ledaže pojištěný dodatečně prokáže, že tato pracovní neschopnost trvá nebo trvala.

Pojistitel si vyhrazuje právo požadovat od pojištěného i jiné doklady, které považuje za potřebné, sám přezkoumávat skutečnosti či žádat pojištěného, aby se podrobil lékařské prohlídce či lékařskému vyšetření, které pojistitel považuje za nutné ke zjištění své povinnosti plnit. Pojistitel může vyžadovat vyšetření u jím určeného lékaře v případech pochybností, že pojistná událost skutečně nastala nebo že nastala v rozsahu uváděném pojištěným či lékařem, kterého si pojištěný sám vybral.

Pojistitel bere na vědomí, že veškeré lékařské prohlídky či vyšetření, jakož i předložení dokladů či jiných dokumentů bude v tomto případě provedeno výhradně na náklady pojistitele. V případě, že pojištěný požaduje kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady tohoto vyšetření. Pokud na základě kontrolního vyšetření pojistitel poskytne další plnění, náklady na kontrolní vyšetření pojištěnému vrátí.

Pojištěný je povinen neprodleně informovat pojistitele o ukončení pracovní neschopnosti předložením kopie lékařského potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti.

Pojištěný je povinen poskytnout pojistiteli součinnost v souladu s touto smlouvou v případě, že pojistitel uplatní oprávněně zjišťovat a přezkoumat skutečnosti důležité pro posouzení vzniku pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Pojištěný je povinen předložit pojistiteli doklady v českém jazyce. Pokud budou doklady v cizím jazyce, je pojištěný povinen doložit překlad takového dokladu do českého jazyka a pojistitel je oprávněn si v tomto případě vyžádat i úředně ověřený překlad do českého jazyka.

Územní platnost pojištění není omezena.

Další potřebné šetření je pojistitel povinen a zároveň oprávněn provádět přímo s pojištěným, nebo s jeho právním zástupcem. O dalším postupu šetření pojistné události bude pojištěný pojistitelem písemně informován v souladu s touto smlouvou a platnými právními předpisy.

#### 6. Pojistné události a pojistné plnění

V případě vzniku nároku na pojistné plnění a poté, co pojistitel obdrží od pojištěného příslušné doklady dle Pojistné smlouvy a těchto pojistných podmínek, je pojistitel povinen vyplatit pojistné plnění oprávněné osobě do 15 dnů ode dne, kdy pojistitel skončí veškerá potřebná šetření týkající se dané pojistné události. Šetření je skončeno, jakmile pojistitel písemně sdělí jeho výsledek oprávněné osobě. Nemůže-li být šetření skončeno do tří (3) měsíců po tom, co byla pojistiteli pojistná událost oznámena, je pojistitel povinen sdělit písemně oprávněné osobě důvody, pro které nelze šetření ukončit.

Lhůta tří (3) měsíců nebeží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, pojistníka nebo pojištěného.

Na právo na pojistné plnění nemá vliv zánik pojištění, pokud k zániku pojištění došlo po vzniku pojistné události a právo na pojistné plnění bylo u pojistitele řádně uplatněno v zákonné lhůtě.

#### Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, která trvá nepřetržitě alespoň 30 kalendářních dnů.

#### Pojistné plnění:

Za každý kalendářní měsíc trvání pracovní neschopnosti pojištěného uhradí pojistitel oprávněné osobě měsíční pojistnou částku ve sjednané výši.

První měsíční pojistnou částku ve sjednané výši uhradí pojistitel po dni, ve kterém je pojištěný 30. den v pracovní neschopnosti.

Pro případy, kdy pracovní neschopnost pojištěného nebude trvat celý kalendářní měsíc (poslední měsíc pracovní neschopnosti bude neúplný), bude měsíční pojistná částka vydělena počtem kalendářních dnů příslušného měsíce a následně vynásobena počtem kalendářních dnů trvání pracovní neschopnosti pojištěného v daném měsíci.

Nastane-li u pojištěného nová pracovní neschopnost, která je způsobena recidivou nemoci nebo úrazu a nebo následkem nemoci či úrazu, které byly příčinou původní pracovní neschopnosti, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové pracovní neschopnosti nastane do 6 měsíců ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, považuje se tato nová pracovní neschopnost

za pokračování původní pracovní neschopnosti, tj. pokračování původní pojistné události a pojistitel není povinen za takové pojistné události plnit, neboť pojistné plnění z takové pojistné události již vyplatil. Dojde-li však k takové nové pracovní neschopnosti po uplynutí 6 měsíců ode dne ukončení původní pracovní neschopnosti, za níž pojistitel již plnil, je tato nová pracovní neschopnost považována za další pojistnou událost a pojistitel poskytne plnění v souladu s tímto odstavcem.

#### Omezení plnění v případě pojistné události způsobené pracovní neschopností pojištěného:

U každého jednoho pojištěného může plnění z jedné pojistné události z důvodu pracovní neschopnosti pojištěného činit maximálně 6 měsíčních částek.

#### Pojištění pro případ hospitalizace v důsledku úrazu nebo nemoci a následné rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci

Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci, která trvá nepřetržitě alespoň 2 kalendářní dny v případě hospitalizace v důsledku úrazu, resp. 7 dní v případě hospitalizace v důsledku nemoci (a začala po uplynutí čekací doby v délce 30 dnů) a případná následná rekonvalescence, tedy pracovní neschopnost pojištěného v důsledku úrazu nebo nemoci, bezprostředně navazující na hospitalizaci, za kterou pojistitel plnil, a která je z lékařského hlediska nezbytná.

Pojistné plnění ve formě denních dávek je vypláceno za každý den pobytu pojištěného v nemocnici od 3., resp. 8., dne hospitalizace po dobu maximálně 30 po sobě jdoucích dní ve formě denních dávek ve sjednané výši a následně od prvního dne rekonvalescence ve formě denních dávek po dobu maximálně 10 po sobě jdoucích dní.

Nastane-li u pojištěného nová hospitalizace a následná rekonvalescence pro stejnou příčinu jako původní hospitalizace a následná rekonvalescence, za níž již pojistitel plnil, a první den této nové hospitalizace a následné rekonvalescence nastane ve lhůtě 6 měsíců ode dne ukončení původní hospitalizace a následné rekonvalescence, za níž pojistitel plnil (s tím, že po ukončení původní pojistné události byl pojištěný pod lékařským dohledem a užíval předepsané léky pro příčinu, pro kterou byl původně hospitalizován), považuje se tato nová hospitalizace a následná rekonvalescence za pokračování původní hospitalizace a následné rekonvalescence, tj. původní pojistné události.

O novou pojistnou událost, kdy první den nové hospitalizace a eventuálně následná rekonvalescence nastane ve lhůtě 60 kalendářních dnů až 6 měsíců ode dne ukončení původní hospitalizace a následné rekonvalescence, se bude jednat pouze za podmínky, že v období od ukončení původní hospitalizace do započetí nové hospitalizace a příp. následné rekonvalescence nebyl pojištěný pod lékařským dohledem ani neužíval předepsané léky pro příčinu, pro kterou byl původně hospitalizován.

#### Omezení plnění v případě pojistné události s následnou rekonvalescencí pojištěného:

Pojistitel poskytne pojistné plnění pojištěnému z důvodu pojistné události rekonvalescence v důsledku úrazu nebo nemoci maximálně 2x v jednom kalendářním roce.

Pojistné plnění podle tohoto odstavce je pojistitel povinen vyplatit pojištěnému jako oprávněné osobě v souladu s jeho pokyny.

#### Souběh pojistných událostí

V případě souběhu pojistných událostí hospitalizace, resp. rekonvalescence, a pracovní neschopnosti pojistitel vyplácí pojistné plnění vždy pouze z jedné z pojistných událostí. V případě, že v průběhu trvání pojistné události pracovní neschopnosti nastane pojistná událost hospitalizace, resp. rekonvalescence, pojištěného, plní pojistitel pouze z titulu pracovní neschopnosti, vyjma případu, kdy nárok na pojistné plnění vznikne až po ukončení hospitalizace, resp. rekonvalescence, v takovém případě plní pojistitel nejprve z titulu hospitalizace, resp. rekonvalescence a poté z titulu pracovní neschopnosti.

Pojistitel je povinen provést šetření každé pojistné události, o které se dozví, a písemně informovat oprávněnou osobu o výsledku šetření.

Pojistitel může plnění z pojistné smlouvy odmítnout, jestliže:

- příčinou pojistné události byla skutečnost, o které se dozvěděl až po vzniku pojistné události a kterou nemohl zjistit při sjednávání pojištění nebo jeho změně v důsledku úmyslné nebo z nedbalosti nepravdivé, nebo neúplně zodpovězených písemných dotazů, a jestliže by při znalosti této skutečnosti v době přistoupení k pojištění toto pojištění neuzavřel nebo je uzavřel za jiných podmínek, nebo
- došlo-li k úrazu pojištěného v souvislosti s jednáním, pro které byl uznán vinným trestným činem, nebo kterým si úmyslně poškodil zdraví, nebo
- oprávněná osoba uvede při uplatňování práva na plnění z pojištění vědomě nepravdivé nebo hrubě zkrleslé údaje týkající se rozsahu pojistné události nebo podstatné údaje týkající se této události zamlčí.

Dnem doručení oznámení o odmítnutí pojistného plnění pojištění zanikne.

Pojistitel je oprávněn snížit pojistné plnění až o 50 %, došlo-li k pojistné události, se kterou je spojena povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souladu s pojistnou smlouvou, následkem požití alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky pojištěným, a okolnosti, za kterých došlo k pojistné události, to odůvodňují. To neplatí, pokud podle věty prvé obsahovaly léky, které pojištěný užíval způsobem předepsaným pojištěnému lékařem a pokud nebyl lékařem nebo výrobcem léku upozorněn, že v době aplikace těchto léků nelze vykonávat činnost, v jejímž důsledku došlo k pojistné události.

## 7. Oprávnění pojistitele zjišťovat či přezkoumávat zdravotní stav a uváděné skutečnosti

- Pojistitel je oprávněn zjišťovat a přezkoumávat zdravotní stav pojištěného, a to na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných s jeho souhlasem pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, které pojistitel sám určí. Pro tento účel se pojištěný zavazuje zprostředkovat svého ošetřujícího lékaře mlčenlivostí o skutečnostech týkajících se jeho zdravotního stavu ve vztahu k pojistiteli pro účely šetření pojistných událostí.
- Souhlas se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu a uváděných skutečností dává pojištěný nebo jeho právní nástupce zejména uzavřením Smlouvy o přistoupení k pojištění a podpisem na formuláři „Oznámení pojistné události“.
- Veškeré informace, o kterých se pojistitel dozví při zjišťování zdravotního stavu, smí použít pouze pro svou potřebu, jinak pouze se souhlasem pojištěného.

## 8. Výluky z pojištění

Pojistitel není povinen plnit za následujících okolností nebo v jejich důsledku:

- Všechny druhy pojištění:
  - pojistná událost způsobená pojištěným úmyslně,
  - občanské války nebo válečné události, aktivní účast na nepokojích, trestných činech, teroristických akcích a sabotážích, atomové výbuchy, jakož i radiace,
  - manipulace se zbraněmi, výbušninami, hořavinami a toxickými látkami,
  - v případě pojištění druhé osoby, pokud pojistitel plní v souladu s ustanovením pojistné smlouvy první pojištěné osobě v rámci jednoho finančního závazku obou pojištěných.
- Pojištění pracovní neschopnosti:
  - sebevražda pojištěného nebo pokus pojištěného o sebevraždu v době do dvou let od data sjednaného jako počátek pojištění,
  - poškození tělesné schránky jinou osobou na žádost pojištěného,
  - sporty, při jejichž provozování se používají motorové a bezmotorové létající stroje, dvoustopá a jednostopá vozidla,
  - provozování následujících činností jednotlivcem bez asistence odborně způsobilé osoby: potápění, speleologie, horolezectví, dálkové plavby, mořský rybolov,
  - všechny profesionálně provozované sporty, pokusy o rekordy,
  - pokračování a recidiva (opakování) nemocí, následky nemocí nebo úrazů, ke kterým došlo před počátkem pojištění a byly diagnostikovány před počátkem pojištění.
  - únavový syndrom,
  - degenerativní onemocnění páteře a jejich přímé a nepřímé důsledky, včetně výřezu meziobratlové ploténky a s tím souvisejících obtíží, a to i v případě, že vyvolávajícím momentem těchto obtíží byl úraz. (Tato výluka se však nevztahuje na případy jasně prokazaného úrazového mechanismu, který byl prokázán odborným vyšetřením včetně doložitelného průkazu zobrazovacími vyšetřeními),
  - v případě astenie, depresivních stavů, psychických poruch a neuróz,
  - při odvykacích, detoxikačních nebo spánkových kúrách,
  - v důsledku pohlavní nákazy a v důsledku nakažení virem HIV, pokud tato onemocnění byla diagnostikována do 2 let od data sjednaného počátku pojištění,
  - v důsledku jakékoliv lékařské péče či lékařského ošetření provedeného osobou bez platného oprávnění poskytovat lékařskou péči či ošetření.
  - po přechodu z nemocniční péče do léčby či ošetřování v domácnosti, byla-li nemocniční péče ukončena na vlastní žádost (revers),
  - porod, dobrovolné přerušování těhotenství a jejich důsledky,
  - pracovní neschopnost v důsledku mateřství, která nastane po dobu, kdy pojištěný pobírá peněžitou pomoc v mateřství,
  - v případě zdravotních prohlídek, vyšetření, hospitalizací, léčebných a lázeňských pobytů a kosmetických zákroků, které si pojištěný sám dobrovolně vyžádá,
  - pracovní neschopnost v důsledku úrazu, ke kterému došlo v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiné návykové látky.
- Ustanovení výluk z pojištění týkající se pracovní neschopnosti se obdobně použijí pro pojištění pro případ hospitalizace, resp. rekonvalescence.

## 9. Zánik jednotlivého pojištění

Individuální pojištění jednotlivého pojištěného zaniká:

- zánikem Smlouvy o přistoupení k pojištění;
- dnem prohlášení úpadku na majetek pojistníka nebo zamítnutím návrhu na prohlášení úpadku pro nedostatek majetku;
- dnem smrti, dnem vzniku invalidity III. stupně pojištěného nebo dnem přiznání mimořádných výhod III. stupně;
- pisemnou dohodou pojistníka a pojištěného, ve které je určen den ukončení pojištění a způsob vyrovnání závazků;
- posledním dnem kalendářního roku, v němž pojištěný dovrší 65 let věku;
- uplynutím doby, na kterou byla uzavřena Smlouva o přistoupení k pojištění;
- posledním dnem kalendářního měsíce, ve kterém pojištěný začal pobírat starobní důchod, zanikají všechny typy pojištění s výjimkou pojištění pro případ hospitalizace, resp. rekonvalescence;
- v případě prodloužení pojištěného s úhradou Poplatku, kdy Poplatek nebyl pojištěným zaplacen nejpozději 22. dne kalendářního měsíce následujícího po měsíci, v němž nastala splatnost příslušného Poplatku;
- výpovědí pojištěného anebo pojistníka, výpovědní doba končí poslední den kalendářního měsíce následujícího po měsíci, v němž byla výpověď doručena druhému účastníkovi. Pojištěný je povinen výpověď učinit prostřednictvím vzorového formuláře dostupného na stránkách pojistníka ([www.eon.cz](http://www.eon.cz));
- odstoupením:
  - pojistitel je oprávněn od jednotlivého pojištění odstoupit v případě, že pojištěný při sjednávání nebo změně pojištění úmyslně nebo z nedbalosti nepravdivě nebo neúplně zodpoví písemné dotazy pojistitele, pokud by pojistitel při pravdivém a úplném zodpovězení dotazů pojištěného nesjednal. Toto právo může být uplatněno nejpozději do 2 měsíců ode dne, kdy se o takové skutečnosti dozvěděl, jinak právo zanikne;

- pojištěný je oprávněn od jednotlivého pojištění odstoupit ve lhůtě 14 dnů od uzavření Smlouvy o přistoupení k pojištění, a to i pokud se jedná o uzavření za použití prostředků komunikace na dálku. Odstoupení pojištěného od jednotlivého pojištění se podává písemně prostřednictvím pojistníka na adresu jeho sídla zapsanou v obchodním rejstříku.
- dalšími způsoby stanovenými zákonem o pojistné smlouvě nebo jinými obecně závaznými právními předpisy, a to vždy na základě té právní skutečnosti, která nastane dříve.

## 10. Ochrana osobních údajů

- Pojištěný sjednáním Smlouvy o přistoupení k pojištění uděluje v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů výslovný a dobrovolný souhlas, aby osobní údaje pojištěného, včetně rodného čísla a dále údajů o zdravotním stavu, které jsou údaji citlivými dle ust. § 4 písm. b) zákona o ochraně osobních údajů, v rozsahu údajů uvedených ve Smlouvě o přistoupení k pojištění, resp. v Potvrzení uzavření Smlouvy o přistoupení k pojištění, a dále údajů sdělených pojistiteli v souvislosti s pojištěním nebo pojistnou událostí, pojistitel zpracoval v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zák. č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění, za účelem pojištění (resp. likvidace pojistných událostí), jakož i za účelem plnění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu a právních předpisů, a to po dobu trvání pojištění a dále po dobu nezbytně nutnou k plnění povinností pojistitele, jakož i po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování.
- Sjednáním Smlouvy o přistoupení k pojištění pojištěný dále uděluje pojistiteli v souladu s ust. § 50 odst. 1 zákona o pojistné smlouvě, souhlas, aby pojistitel a/nebo jím pověřený poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnické zařízení) vyžadovali, získávali a zpracovávali údaje a informace o jeho zdravotním stavu, jakož i zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv poskytovatele zdravotních služeb (který mu poskytoval zdravotní služby) a také tyto poskytovatele v souladu s ust. § 51 odst. 2, písm. b) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, zprůštuje výslovně mlčenlivosti a autorizuje je k poskytování informací o jeho zdravotním stavu, jakož i k poskytování zdravotní dokumentace.
- Sjednáním Smlouvy o přistoupení k pojištění pojištěný dále souhlasí s tím, aby jeho osobní údaje (včetně citlivých údajů o zdravotním stavu) uvedené ve Smlouvě o přistoupení k pojištění, resp. v Potvrzení uzavření Smlouvy o přistoupení k pojištění, stejně jako i jiné již dříve nebo naopak později pojistiteli nebo pojistníkoví nebo dalším zpracovatelem sdělené osobní údaje související s pojištěním nebo pojistnou událostí či se jich týkající, byly zpracovány pojistitelem jako správcem osobních údajů, Pojistníkem jako zpracovatelem nebo jiným zpracovatelem pověřeným v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, pro účely činnosti v pojišťovnictví, včetně šetření pojistné události, a ostatních činností souvisejících s činností v pojišťovnictví, jakož i k plnění práv a povinností ze závazkového vztahu, a to po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování.
- Sjednáním Smlouvy o přistoupení k pojištění pojištěný dále prohlašuje, že byl v souladu s ust. § 11 a 21 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován o zpracování osobních údajů, o právech a o povinnostech zpracovatelů a správce osobních údajů včetně práva přístupu k údajům a práva na jejich úpravu. Pojištěný ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů souhlasí s předáváním svých osobních údajů do jiných států a dále výslovně souhlasí s tím, že pojistitel může údaje získané v souvislosti s pojištěním sdělovat i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví a jiných peněžních služeb a asociacím těchto subjektů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel jako správce nebo další zpracovatel pověřený v souladu s ust. § 6 zákona o ochraně osobních údajů.
- Pojištěný sjednáním Smlouvy o přistoupení k pojištění dále prohlašuje, že byl informován o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a jeho zdravotním stavu odvolat. Zároveň však bere na vědomí, že poskytnutí osobních údajů včetně údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro sjednání pojištění a pro plnění práv a povinností z něj vyplývajících, jakož i pro plnění povinností a výkon práv v právních předpisech. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pojištěný zaniká, pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění.
- V případě využití telefonu jako alternativního komunikačního prostředku ze strany pojištěného, pojistníka nebo pojistitele souhlasí pojištěný s nahráváním příchozích i odchozích telefonních hovorů pojistitelem na zvukový záznam a s použitím takového záznamu v souvislosti se smluvním nebo jiným právním vztahem pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, v platném znění. Pojistitel bude záznam telefonního hovoru uchovávat po dobu trvání jednotlivého pojištění a dobu nezbytně nutnou k plnění závazků pojistitele s tím, že po uplynutí této doby bude možno záznam využít pouze za účelem ochrany práv pojistitele jako správce v něm obsažených osobních údajů pojištěného, a to zejména jako důkazní prostředek v soudním, správním či jiném řízení, jehož je pojistitel, pojistník nebo pojištěný účastníkem. Pojištěný souhlasí s tím, že jeho osobní údaje, které sdělil pojistiteli a které jsou obsaženy ve zvukovém záznamu hovoru, budou v jeho rámci drženy po dobu a za účelem uchování záznamu.

## 11. Adresy a sdělení

- Písemnosti pojistitele určené pojistníkoví nebo pojištěnému (dále jen „adresát“) se doručují prostřednictvím držitele poštovní licence (dále jen „pošta“) obyčejnou nebo doporučenou zásilkou na poslední známou korespondenční adresu v České republice nebo na korespondenční adresu písemně oznámenou pojistiteli adresátem, pokud došlo ke změně korespondenční adresy. Písemnosti mohou být doručovány pojistitelem nebo jinou pojistitelem oprávněnou osobou; v takovém případě se písemnost považuje za doručenu dnem jejího převzetí.
- Veškerá sdělení a žádosti týkající se pojištění se podávají písemně, sdělení pojistiteli jsou účinná jejich doručením s tím, že za písemné doručení se považuje i e-mailová zpráva doručená na dohodnutou e-mailovou adresu, která musí být na žádost příjemce zprávy potvrzena odesílatelem písemně.
- Adresáti jsou povinni informovat bezodkladně pojistitele o každé změně své korespondenční adresy.
- Veškeré záležitosti týkající se pojištění sděluje pojištěný, popřípadě oprávněná osoba, pojistiteli prostřednictvím call centra pojistitele nebo zasláním příslušných písemností na adresu pojistitele.
- Písemnost odeslaná doporučenou zásilkou adresátovi se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, patnáctý den po odeslání zásilky. Písemnost pojistitele odeslaná adresátovi doporučenou zásilkou se považuje za doručenu, nejde-li o doručení podle dalších odstavců, dnem převzetí uvedeným na dojezde. Za doručenu adresátovi se považuje i zásilka doručená příjemci rozdílnému od adresáta (např. rodinnému příslušníkoví), jemuž pošta doručila zásilku v souladu s právními předpisy o poštovních službách.

6. Odepře-li adresát přijetí doručované písemnosti, považuje se písemnost za doručenou dnem, kdy bylo její převzetí adresátem odepřeno.
7. Nebyl-li adresát zastížen a písemnost odeslána zásilkou nebo doporučenou zásilkou s dodejkou byla uložena na poště, a adresát si písemnost v úložní lhůtě (upravené právním předpisem o poštovních službách) nevyzvedl, považuje se písemnost za doručenou posledním dnem úložní lhůty, i když se adresát o uložení nedozvěděl nebo se v místě doručení nezdržoval.
8. Pokud se písemnost vrátí jako nedoručená, písemnost se považuje za doručenou dnem jejího vrácení pojistiteli.

#### **12. Závěrečná ustanovení**

Orgánem dohledu nad činností pojistitele je Česká národní banka, se sídlem Na Příkopě 28, Praha 1, PSČ 115 03.

Stížnosti pojistníků, pojištěných nebo oprávněných osob jsou vyřizovány dle standardních interních pravidel pojistitele a je možné je směřovat kromě adresy pojistitele uvedené v záhlaví Pojistné smlouvy na e-mail: [czinfo@cardif.com](mailto:czinfo@cardif.com) nebo na tel. 234 240 234.

Po dokončení šetření jsou osoby, které podaly stížnost, informovány dopisem. Pojistník, pojištěný nebo oprávněná osoba má dále možnost obrátit se se stížností na orgán dohledu - Českou národní banku. V takovém případě vyřídí pojistitel stížnost stejným způsobem jako v předchozím případě. Odpověď pojistitel směřuje dle pokynu České národní banky přímo stěžovateli nebo pojistitel podá odpověď zpět na Českou národní banku.

Komunikace v souvislosti s pojištěním bude probíhat a veškeré informace týkající se pojištění, o které pojištěný při sjednání pojištění nebo během jeho trvání požádá, Pojistné podmínky, jsou poskytovány v českém jazyce.

Tyto Pojistné podmínky nabývají účinnosti dnem 1.9.2015 a vztahují se na Smlouvy o přistoupení k pojištění uzavřené od 1.9.2015.